



TAMPEREEN TEKNILLINEN YLIOPISTO
TAMPERE UNIVERSITY OF TECHNOLOGY

MARKUS MÄKELÄ
EHEALTH-RATKAISUJEN ASIAKASARVO JULKISILLE KOTI-
HOITO-ORGANISAATIOILLE
Diplomityö

Tarkastajat: professori Petri Suo-
mala ja yliopistonlehtori Jouni Lyly-
Yrjänäinen
Tarkastaja ja aihe hyväksytty
Talouden ja rakentamisen tiedekun-
nan tiedekuntaneuvoston kokouk-
sessa 4. toukokuuta 2016

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN TEKNILLINEN YLIOPISTO

Tuotantotalouden koulutusohjelma

MÄKELÄ, MARKUS: EHealth-ratkaisujen asiakasarvo julkisille kotihoito-organisaatioille

Diplomityö, 82 sivua, 2 liitesivua

Toukokuu 2017

Pääaine: teollisuustalous

Tarkastajat: professori Petri Suomala ja yliopistonlehtori Jouni Lyly-Yrjänäinen

Avainsanat: eHealth, kotihoito, asiakasarvo

Jatkuvasti kasvava ikääntyneiden väestö haastaa päättäjät miettimään tapoja, joilla sosiaali- ja terveyspalveluita järjestetään. Perinteisillä työvoimaintensiivisillä menetelmillä ei pystytä taloudellisten rajoitteiden vuoksi kattamaan ikääntyvän väestön kasvavaa palveluntarvetta. Sen vuoksi teknologiaan ja automaatioon perustuvat eHealth-ratkaisut ovat kasvavan mielenkiinnon kohteena.

Tutkimuksen tavoite oli selvittää, miten eHealth-ratkaisut luovat asiakasarvoa julkisille kotihoito-organisaatioille. Tutkimus keskittyi vaikutuksiin, joita eHealth-ratkaisuilla voi olla kotihoidon prosesseihin, ja näistä vaikutuksista kumpuavaan asiakasarvoon.

Tutkimuksen teoreettinen keskustelu pohjautui gerontologia- ja asiakasarvokirjallisuuden sekä ikääntyneiden hoitoa Suomessa käsitteleviin julkaisuihin. Kirjallisuuskatsauksen ja lähes kolmen vuoden intervention havaintojen pohjalta luotiin teoreettinen viitekehys, jolla mallinnettiin eHealth-ratkaisujen asiakasarvon muodostumista kotihoidon toimintakentässä. Viitekehystä sovellettiin määrittämällä, miten case-yrityksen eHealth-ratkaisun asiakasarvo muodostui case-asiakkaan kohdalla. Asiakasarvo määritettiin kotihoito-organisaation näkökulmasta. Tutkimusaineisto koostui case-asiakkaan kolmessa eri hoitotiimissä tehdyistä teemahaastatteluista.

EHealth-ratkaisun asiakasarvo julkisille kotihoito-organisaatioille muodostuu useiden sidosryhmien asiakasarvokokemusten yhteisvaikutuksesta. Kotihoito-organisaation asiakasarvoon vaikuttavat ainakin kotihoidon asiakkaan, kotihoito-organisaation henkilöstön ja terveydenhuollon rahoittajien kokemukset. EHealth-ratkaisut luovat asiakasarvoa aikaansaamalla muutoksia hoitoprosesseihin. Näistä muutoksista seuraa sidosryhmille asiakasarvoa taloudellisten ja psykologisten hyötyjen ja uhrausten kautta. EHealth-ratkaisut voivat luoda kotihoito-organisaatioille asiakasarvoa muun muassa vapauttamalla hoitajien työaika, lisäämällä hoitotyön joustavuutta, parantamalla hoitotyön laatua tai tehostamalla informaation kulkua.

Asiakasarvon psykologiset elementit olivat suuressa roolissa määritettäessä case-asiakkaan kokemaa asiakasarvoa. EHealth-ratkaisun asiakasarvon taloudelliset elementit ovat alisteisia psykologisille elementeille. Taloudellista hyötyä voidaan saavuttaa vasta, kun psykologiset tekijät ovat keskeisten sidosryhmien keskuudessa riittävällä tasolla, eli eHealth-ratkaisu hyväksytään vakituiseen käyttöön.

ABSTRACT

TAMPERE UNIVERSITY OF TECHNOLOGY

Master's Degree Programme in Industrial Engineering and Management

MÄKELÄ, MARKUS: EHealth solutions' customer value to public home care organizations

Master of Science Thesis, 82 pages, 2 Appendix pages

May 2017

Major: Industrial Management

Examiners: Professor Petri Suomala and Doctor Jouni Lyly-Yrjänäinen

Keywords: EHealth, home care, customer value

Constantly growing population of elderly forces the policymakers to think about new ways of organizing health- and social care services. Due to financial constraints, the increasing need for care services can't be fulfilled with traditional labor intensive methods. That's why eHealth solutions which introduce automatization in the field of elderly care are facing growing interest.

The objective of this thesis was to figure out how eHealth solutions create customer value to public home care organizations. The study focused on the impacts that eHealth-solutions can have on home care processes and on the customer value that stems from them.

The literature review consisted of publications dealing with gerontology, customer value and elderly care in Finland. A theoretical framework was created on basis of the literature review and the findings of a nearly three-year intervention. Framework models the formation of customer value in the field of home care. The framework was applied to model the customer value that the case company's eHealth solution provided to the case customer. In this case the customer value was defined from home care organization's perspective. Empirical research material was collected with three theme interviews which were carried out in case customer's three home care units.

The use of eHealth solutions brings about customer value perceptions in stakeholders participating in home care processes. The customer value perceived by a public home care organization forms as a combined effect of the separate stakeholders' customer value perceptions. The stakeholders that affect public home care organization's customer value include but are not limited to the customers of home care, personnel of home care organization and health care financiers. EHealth-solutions create customer value by effecting home care processes. These effects lead to customer value by bringing about economical and psychological benefits and sacrifices. EHealth solutions can create customer value among other things by reducing time required to perform home care tasks, by increasing flexibility of work, by improving quality of care or by improving communication between stakeholders.

The psychological elements were in a big role when case customer's customer value experience was modelled. The economical elements of eHealth solution's customer value are dependent on the psychological elements. Economic benefits can't be achieved before key stakeholders consider psychological elements to be on a sufficient level i.e. the solution is accepted to be taken into regular use.

ALKUSANAT

Tämä diplomityöprosessi alkoi samana päivänä, kun astuin opiskelijaelämästä työelämään. Aluksi se perehdytti minut nopeasti täysin uuteen toimintaympäristöön, josta sittemmin tuli minulle kokopäivätyö ja suunta sille, mihin haluan uraani kehittää myös tulevaisuudessa.

Tämä tutkimus on syventänyt ymmärrystäni kotihoito-organisaatioista, niiden toiminnasta ja niissä toimivista yksilöistä. Tutkijana minun oli mahdollista lähestyä case-asiakasta uudessa roolissa – haastateltavat puhuivat ja kertoivat kokemuksistaan suoraan – sellainen avoimuus myyjän ja asiakkaan välillä vaatii usein vuosien yhteistyön.

Haluan kiittää diplomityöohjaajaani Petri Suomalaa kärsivällisyydestä ja asiantuntevista näkemyksistä prosessin varrella. Lisäksi kiitos kuuluu yliopistolehtori Jouni Lyly-Yrjänäiselle nopeista kommentteista silloin, kun valmistumispaine oli kovimmillaan.

Työnantajaani Evondos Oy:tä ja toimitusjohtaja Jyrki Niinistöä haluan kiittää tämän tutkimuksen mahdollistamisesta, luottamuksesta ja tarjotuista mahdollisuuksista hyödyntää oppimaani käytännön työssä. Oulun kaupungin hyvinvointipalveluille kiitos mahdollisuudesta kerätä tutkimusaineistoa ja hyödyntää hoitohenkilökunnan asiantuntemusta ja kokemuksia työssäni.

Haluan kiittää lähipiiriäni kaikesta tuesta, kommentteista ja ymmärryksestä. Erityisesti suuntaan kiitokset puolisololleni Tuulille tsemppauksesta ja hyvistä pohdinnoista. Nyt lupaan tyhjentää astianpesukoneen.

Turussa 12.4.2017

Markus Mäkelä

SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO	1
1.1	Ikääntyneiden hoito murroksessa	1
1.2	Tutkimuksen tarkoitus	3
2	IKÄÄNTYNEIDEN KOTIHOITO SUOMESSA	7
2.1	Kotihoitopalvelut ja niiden tuottaminen Suomessa	7
2.2	Kotihoitopalveluiden tuottajat ja vastaanottajat	10
2.3	Suomen vanhuspalvelustrategia ja tavoitteet	16
3	ASIAKASARVO KOTIHOIDON KENTÄSSÄ	22
3.1	Asiakasarvon käsite ja määritelmä	22
3.2	Asiakasarvomallit ja viitekehykset	24
3.3	Asiakasarvon muodostuminen kotihoidon kentässä	28
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	33
4.1	Interventio	33
4.2	Tutkimuksen empiriaosan lähestymistapa	34
4.3	Aineistonkeruumenetelmät, tutkimuskohteet ja aineisto	35
4.4	Luotettavuuden arviointi	40
5	TULOKSET	45
5.1	Kohdeyrityksen esittely	45
5.1.1	Evondos Oy	45
5.1.2	Evondos-palvelu	45
5.2	Evondos-palvelun vaikutukset ja asiakasarvo tutkimuskohteissa	48
5.2.1	Hoitotiimi 1	48
5.2.2	Hoitotiimissä 1 havaitut palvelun vaikutukset	49
5.2.3	Hoitotiimissä 1 koettu asiakasarvo	51
5.2.4	Hoitotiimi 2	54
5.2.5	Hoitotiimissä 2 havaitut palvelun vaikutukset	54
5.2.6	Hoitotiimissä 2 koettu asiakasarvo	55
5.2.7	Hoitotiimi 3	56
5.2.8	Hoitotiimissä 3 havaitut palvelun vaikutukset	57
5.2.9	Hoitotiimissä 3 koettu asiakasarvo	59
5.3	Tutkimuskohteiden synteesi	64
5.3.1	Evondos-palvelun tiimikohtaiset vaikutukset	64
5.3.2	Evondos-palvelun asiakasarvo	66
6	YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	68
6.1	Työn uutuusarvo	68
6.2	Tutkimuksen käytännön havainnot	68
6.3	Tutkimuksen teoreettiset havainnot	73
6.4	Jatkotutkimuskohteet	75
	LÄHTEET	77

LIITE A: HOITOHENKILÖSTÖN HAASTATTELURUNKO

LIITE B: KUVAUS VAKIINTUNEIDEN LOPPUKÄYTTÄJIEN TOIMINTAKY-
VYSTÄ JA HOIDON TARPEESTA ENNEN EVONDOS-PALVELUN KÄYTTÖÖN-
OTTOA

KUVALUETTELO

Kuva 1. Kotihoidon asiakkaiden ikäjakauma Suomessa 2014 ja 2005 (THL 2015)	12
Kuva 2. Kotihoidon asiakkaiden jakauma käyntimäärien perusteella (THL 2015)	13
Kuva 3. Yli 65-vuotiaat säännöllisten hoitopalveluiden saajat Suomessa 2014 (THL 2015)	17
Kuva 4. Terveystuotomien jakautuminen toimintojen kesken 2014, mrd € (THL 2016b)	18
Kuva 5. Asiakasarvon muodostuminen (mukaillen Suomala et al. 2011, s. 319).....	27
Kuva 6. Asiakasarvon elementit ja lähteet (mukaillen Lapierre 2000b).....	28
Kuva 7. Asiakasarvon muodostuminen julkisen kotihoidon toimintakentässä.....	31
Kuva 8, Analyysin tasot.	38
Kuva 9. Koneellisesti pakattu lääkeannospussi (©Evondos).....	46
Kuva 10. Kuva 4 Evondos E300-lääkeautomaatti ja annospussirulla (©Evondos).....	47
Kuva 11. Näkymä etähoitojärjestelmästä (©Evondos).....	48
Kuva 12. Case-yrityksen eHealth-ratkaisun asiakasarvo case-asiakkaalle.	69

1 JOHDANTO

1.1 Ikääntyneiden hoito murroksessa

Suomen väestö on ikääntynyt 2000-luvulla nopeammin kuin missään muussa Euroopan maassa (Hartikainen et al. 2008, s. 12). Yli 65-vuotiaiden osuus Suomen väestöstä on noussut viimeisen yhdeksän vuoden aikana noin neljä prosenttiyksikköä. Vuonna 2007 yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä oli 16 %, ja vuoden 2015 loppuun mennessä osuus oli noussut 19,9 %:iin. Osuuden odotetaan edelleen jatkavan nousuaan ja saavuttavan 26 %:n tason vuoteen 2030 mennessä. (Tilastokeskus 2007, Tilastokeskus 2015). Valtion terveys- ja sosiaalimenoista merkittävä osa kohdistuu ikäihmisiin. Vuonna 2014 19,2 % terveydenhuoltomenoista ja 37,9 % sosiaalimenoista käytettiin ikäihmisten palveluihin ja etuuksiin (THL 2016b & THL 2016c). Suomen sosiaali- ja terveystalouden suhteessa bruttokansantuotteeseen ovat kaikista OECD-maista toiseksi korkeimmat. Suomen valtio kullutti vuonna 2014 31,0 % bruttokansantuotteesta sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä etuuksiin. OECD-maiden keskiarvo on selvästi matalampi 21,6 %. (OECD 2014). Sosiaali- ja terveystalouden kasvun lisäksi korkeaan lukemaan vaikuttaa Suomen bruttokansantuotteen pieneneminen. Vuoden 2015 vähäinen bruttokansantuotteen kasvu katkaisi kolme vuotta kestäneen Suomen bruttokansantuotteen pienenemisen (Tilastokeskus 2016). On selvää, että voimakas väestön ikääntyminen yhdessä talouden haasteiden kanssa pakottaa päättäjät miettimään Suomen vanhushuoltopolitiikkaa. Vaikka Suomen vanhushuollon palvelurakenne on ollut jatkuvassa muutoksessa 1990-luvulta lähtien, on uusille toimintatavoille nyt erityisen suuri tarve (kts. esim. Kröger & Leinonen 2012).

Suomen vanhushuollon ehkä näkyvin kehityssuunta 2000-luvulla on ollut laitoshoidon purkaminen ja sen korvaaminen kotiin vietävillä palveluilla (Kröger & Leinonen 2012). Tämä kehitys ei ole perustunut valtakunnalliseen tavoitteeseen, vaan se on seurausta annettujen palvelulupausten ja kuntien taloudellisten resurssien kohtaamattomuudesta. Avohoito nähdään keinoksi hillitä sosiaali- ja terveystalouden kasvua. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011, s. 72). Myös ikäihmisten omat toiveet itsenäisestä elämästä omassa kodissa ohjaavat järjestelmää avohoidon suuntaan (Andersson 2007). Vuonna 2015 aloittanut Sipilän hallitus jatkaa samaa linjaa edellisten hallitusten kanssa ja on kirjannut kotihoitoon kehittämisen hallitusohjelmaan tavoitteekseen. Kehityshankkeen tavoitteena on tarjota iäkkäille sekä omais- ja perhehoitajille nykyistä yhdenvertaisemmat, paremmin koordinoitut ja kustannusten kasvua hillitsevät palvelut (Valtioneuvoston kanslia 2016). Uudistuksen tuloksena nähdään asiakaslähtöinen, kustannusvaikuttava ja yhteen sovitettu palvelujen kokonaisuus, jossa kotiin annettavat palvelut ovat ensisijaisia. Hankkeelle on

varattu rahaa yhteensä 22,6 miljoonaa euroa vuosina 2016–2018. (Valtioneuvoston kanslia 2017a).

Siinä missä väestörakenteen muutos aiheuttaa Suomen valtiolle paineita kehittää tehokkaampia toimintatapoja, tarjoaa se yrityksille mielenkiintoisia liiketoimintamahdollisuuksia. Parhaillaan valmisteltavana olevalla Sote-uudistuksella tavoitellaan kolmen miljardin euron säästöjä, jotka toteutuisivat ensimmäisen kerran täysimääräisinä vuonna 2029 (STM 2016a). Digitalisaatio on tärkeässä roolissa Sote-uudistuksessa ja säästöjen saavuttamisessa. Digitalisaation nähdään mahdollistavan palvelujen tuottamisen täysin uusilla, aiempaa tehokkaammilla tavoilla. On selvää, että valtio tarvitsee palveluiden kehittämisen ja digitalisaatiolle asetettujen tavoitteiden saavuttamisessa myös yritysten panosta. Uusien ratkaisujen löytymisen edesauttamiseksi ja innovatiivisten yritysten tueksi on hallitusohjelmaan kirjattu tavoitteeksi rohkean ja ennakoluulottoman kokeilukulttuurin synnyttäminen. Kokeilukulttuurilla pyritään madaltamaan kynnystä ottaa käyttöön uusia innovatiivisia ratkaisuja. Ohjatakseen julkisia organisaatioita hallitus on asettanut innovatiivisille hankinnoille 5 %:n tavoitetason kaikista julkisista hankinnoista. Toteutuessaan tämä tarkoittaisi lähes 1,8 miljardin euron vuotuista pottia. (Valtioneuvoston kanslia 2017b). Vanhushoidon murroksen käynnistämä uusien innovatiivisten terveydenhoitoratkaisujen etsiminen on ajankohtaista muuallakin kuin Suomessa. Grand view research -tutkimuslaitoksen arvion mukaan globaalin eHealth-markkinan koko vuonna 2014 oli noin 85 miljardia dollaria. He ennustavat markkinan kasvavan vuosina 2014–2022 lähes 16 %:n vuosivauhdilla. (Grand view research 2016). EHealth-termillä viitataan informaatio- ja kommunikaatioteknologioihin perustuviin työkaluihin ja palveluihin, joilla voidaan parantaa sairauksien diagnosointia ja hoitoa, terveyden seurantaa tai terveydenhuoltoinformaation hallintaa (Euroopan komissio 2017).

Suuresta tarpeesta ja hallituksen tukitoimenpiteistä huolimatta kekseliäimmätkin innovaatiot eivät takaa yrityksille menestystä, elleivät ne luo asiakkaille arvoa. Edellytys sille, että uusi innovaatio hyväksytään ja otetaan käyttöön, on, että siitä on asiakkaalle enemmän hyötyä kuin haittaa. Tätä hyödyn ja haitan erotusta kutsutaan asiakasarvoksi (kts. esim. Anderson & Narus, 1998; Woodruff & Gardial 1996). Asiakasarvo on tutkimuskohteena mielenkiintoinen, koska se on luonteeltaan subjektiivinen, dynaaminen ja tilaneriippuvainen. Tämän vuoksi asiakasarvon johtaminen tai edes sen tarkka määrittäminen on haastavaa (Woodruff 1997). Kokemus asiakasarvosta vaihtelee henkilöstä, ajasta ja tilanteesta riippuen. Koska kyse on asiakkaan subjektiivisesta kokemuksesta, toimittaja ei voi määrittää, miten asiakas tarjoaman asiakasarvon tulee kokemaan (Webster 1994). Asiakasarvoajattelulla ei ole julkisten terveys- ja sosiaalipalveluiden kentässä yhtä pitkää historiaa kuin yksityisellä puolella. Tämän diplomityön kirjallisuuskatsauksen perusteella asiakasarvon muodostumista kotihoidon toimintakentässä ei ole tutkittu aiemmin ainoastaan Suomessa.

Tämän työn case-yritys on Evondos Oy. Evondos Oy on kehittänyt automaattisen lääkeannostelupalvelun tehostamaan kotihoidon prosesseja ja parantamaan kotihoidon laatua digitalisaation ja robotiikan keinoin. Innovatiivisena julkisen sektorin prosesseja automatisoivana ratkaisuna Evondos Oy:n automaattinen lääkeannostelupalvelu tukee kuntia ja kaupunkeja hallituksen asettamien tavoitteiden saavuttamisessa. Väestön ikääntyminen ja valtioiden säästöpaineeet luovat Evondos Oy:n automaattisen lääkeannostelupalvelun kaltaisille ratkaisuille kansainväliselläkin tasolla suotuisan toimintaympäristön. Evondos Oy on yli 60 henkeä Pohjoismaissa työllistävä yritys. Yrityksen pääkonttori on Salossa ja sivukonttorit Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa. Yrityksen ensimmäinen palvelutuote on automaattinen lääkeannostelupalvelu, joka perustuu apteekeista saataviin koneellisesti pakattuihin lääkeannospusseihin, pitkäaikaislääkityn kotiin sijoitettavaan Evondos E300-lääkeautomaattiin sekä hoitajille ja omaisille tarkoitettuun etähoitojärjestelmä-pilvipalveluun. Automaattiseen lääkeannostelupalveluun viitataan jatkossa termillä Evondos-palvelu tai palvelu. Evondos-palvelu varmistaa, että ikääntynyt saa oikean lääkkeen oikeaan aikaan ja oikeana annoksena. Palvelu tukee ja hyödyntää kotihoidon asiakkaiden omia voimavaroja, jonka ansiosta hoitajien työkuormitus pienenee. Yhtiön mukaan palvelun hyödyt ovat moninaiset: palvelu parantaa ikäihmisen hoitomyöntyvyyttä, lisää lääketurvallisuutta, tuo kotihoito-organisaatioille suoria ja epäsuoria kustannussäästöjä sekä avaa hoitajan ja kotihoidon asiakkaan välille uuden kommunikaatiokanavan (Evondos Oy, 2017). Hoitomyöntyvyys-termillä tarkoitetaan tarkkuutta ja täsmällisyyttä, jolla henkilö noudattaa lääkealan ammattilaisten hänelle suunnittelemaa lääkehoitosuunnitelmaa.

1.2 Tutkimuksen tarkoitus

Tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita asiakasarvon muodostumisesta julkisen kotihoidon toimintakentässä. Tarkastelun kohteena on eHealth-ratkaisujen asiakasarvo. Tutkimus keskittyy vaikutuksiin, joita eHealth-ratkaisuilla voi olla kotihoidon prosesseihin, ja näistä vaikutuksista kumpuavaan asiakasarvoon. EHealth-ratkaisuilla tarkoitetaan informaatio- ja kommunikaatioteknologiaan perustuvia työkaluja ja palveluja, joilla voidaan parantaa sairauksien diagnosointia ja hoitoa, terveyden seurantaa tai terveydenhuoltoinformaation hallintaa (Euroopan komissio 2017). Työn varsinainen tutkimusongelma on:

Miten eHealth-ratkaisut luovat asiakasarvoa julkisille kotihoito-organisaatioille.

Tämän ylätasen tutkimusongelman lisäksi tutkimuksessa pyritään selvittämään, miten case-yrityksen eHealth-ratkaisun asiakasarvo muodostuu case-asiakkaalle. Relevanttien asiakasarvon elementtien tunnistaminen on tärkeää, jotta asiakasarvo voidaan kommunikoida asiakkaalle tai potentiaaliselle asiakkaalle tehokkaasti ja totuudenmukaisesti. Uuden innovatiivisen palvelun myynnin kannalta on tärkeää, että myyntityössä keskitytään juuri asiakasarvon kommunikoimiseen (Rackham 1998).

Asiakkaalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa julkista kotihoito-organisaatiota, joka tuottaa lakisääteistä kotihoitoa. Myös kotihoito-organisaatioilla on asiakkaita, mutta heihin viitataan termillä kotihoidon asiakas.

Asiakasarvo on ilmiönä subjektiivinen. Jokainen yksilö kokee asiakasarvon omalla tavallaan, ja kokemukseen vaikuttaa muun muassa yksilön arvot ja asenteet. Tämän vuoksi on tärkeää määrittää, mistä näkökulmasta syntyvää asiakasarvoa tarkastellaan (Dávalos et al. 2009, s. 936). Kotihoito-organisaatio koostuu useista henkilöistä, jotka ovat organisaatiossa eri rooleissa. Kotihoito-organisaatiolle syntyvää asiakasarvoa tarkastellaan kahdella tavalla: 1) syntyvää taloudellista arvoa tarkastellaan koko organisaation tasolla ja 2) psykologista asiakasarvoa tarkastellaan organisaatiossa työskentelevien yksilöiden kokemusten pohjalta. Vaikka kotihoidon asiakkaat ovat palvelun käytön kannalta keskeisessä roolissa, heidän kokema asiakasarvo rajataan tutkimuksen ulkopuolelle. Kotihoidon asiakkaiden asiakasarvokokemuksia ei sisällytetä tähän tutkimukseen. Tutkimuksessa ei pyritä selvittämään asiakasarvon tarkkaa suuruutta tai eHealth-ratkaisujen avulla saavutettavaa euromääräistä arvoa, vaan tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä, mistä tekijöistä asiakasarvo muodostuu ja mitkä tekijät vaikuttavat sen muodostumiseen.

Tässä tutkimuksessa rajoitutaan tarkastelemaan vaikutuksia, joita eHealth-ratkaisuilla on palvelun käytön aikana. Rajauksen myötä kotihoito-organisaation kokemukset ratkaisun osto- ja käyttöönottovaiheessa jätetään tutkimuksen ulkopuolelle.

Tutkimuksen teoriaosiossa luodaan aiemman kirjallisuuden pohjalta viitekehys, jolla kuvataan, miten eHealth-ratkaisujen asiakasarvo muodostuu kotihoidon toimintakentässä. Vaikka viitekehys onkin johdettu teoriasta, tutkijan lähes kolmen vuoden interventio case-yrityksessä on vaikuttanut viitekehysten lopulliseen muotoon. Empiirisessä osiossa sovelletaan kehitettyä viitekehystä, ja selvitetään, miten case-yrityksen eHealth-ratkaisun asiakasarvo case-asiakkaan käytössä muodostuu. Viitekehysten osalta kyseessä on eräänlainen teorian luomis- ja validointiprosessi. Teoria- ja empiriaosuuden tulosten pohjalta rakennetaan kuvaus siitä, miten eHealth-ratkaisujen asiakasarvo muodostuu.

Hoitajana kotihoidossa voidaan työskennellä useilla eri ammattinimikkeillä. Hoitotyötä tekevät niin kodinhoitajat, kotiapulaiset, lähihoitajat, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat kuin apu- ja perushoitajatkin. Tässä työssä kaikkia kotihoidon hoitoprosesseja toteuttavia työntekijöitä kutsutaan ammattinimikkeestä riippumatta hoitajiksi. Kotihoidon asiakkaalla puolestaan tarkoitetaan tässä työssä yli 65-vuotiaasta julkisten kotihoitopalveluiden saajaa. Tutkimuksessa käytetään myös termiä ikääntynyt. Tällä termillä viitataan vanhuspalvelulain (980/2012) tapaan henkilöön, joka on oikeutettu vanhuuseläkkeeseen. Tällä hetkellä vanhuuseläkkeen saaminen Suomessa edellyttää 65 vuoden ikää.

Tutkimuksen teoreettinen keskustelu pohjautuu gerontologia- ja asiakasarvokirjallisuuteen, Suomen vanhushoitoa käsitteleviin julkaisuihin sekä tutkimusartikkeleihin, jotka käsittelevät hoitajien ja ikääntyneiden kokemuksia julkisista hoitopalveluista. Gerontologiaa ja Suomen vanhushoitojärjestelmää käsittelevä kirjallisuus on pitkälti kotimaisten tutkijoiden tuottamaa, ja ne ovat tyypillisesti julkaistu kansallisissa julkaisuissa. Asiakas-arvokirjallisuus sen sijaan koostuu kansainvälisten tutkijoiden kansainvälisistä julkaisuista. Näitä kahta aihealuetta, gerontologiaa ja asiakasarvoa yhdistelevää kirjallisuutta, löytyi tämän tutkimuksen kirjallisuuskatsauksen perusteella hyvin rajallisesti.

Tämä tutkimus on kvalitatiivinen tutkimus, jossa havainnot perustuvat kokemuksiin, joita case-asiakas sai case-yrityksen eHealth-ratkaisun koekäytön aikana. Aineisto on peräisin hoitotyötä toteuttavilta hoitajilta ja hoitotiimien esimiehiltä. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla kevään 2015 aikana.

Tämä tutkimus kumpuaa suuresta haasteesta, jonka ikärakenteen nopea muutos Suomelle aiheuttaa. Suomessa tarvitaan nyt sitä uudistumisen kykyä, jota pääministeri Juha Sipiläkin peräänkuulutti kuuluisassa tv-puheessaan 16.9.2015. Digitalisaation, automaation ja uusien toimintatapojen avulla ikääntyneiden hoitoa voidaan kehittää siten, että se hyödyttää kaikkia osapuolia – ikääntyneitä, hoito-organisaatioiden työntekijöitä ja toiminnan rahoittajia. Eniten tutkimuksen aihevalintaan on kuitenkin vaikuttanut tutkijan kiinnostus digitalisaatiota ja ikääntyneiden hoitoa kohtaan. Tutkija on työskennellyt Evondos Oy:ssä lähes kolme vuotta, ja päässyt näkemään läheltä, mitä innovatiivisen palvelun vieminen julkisille markkinoille on. Lisäksi tutkijalle on avautunut työn kautta mahdollisuus päästä näkemään läheltä, mikä Suomen vanhushoidon tila tällä hetkellä on. Valitettavasti havainnot eivät ole olleet yksinomaan positiivisia.

Lisäksi tämä tutkimus täyttää omalta osaltaan muun muassa (Porterin 2010, s. 1) tunnistamaa tutkimusvajetta, joka liittyy asiakasarvoajattelun soveltamiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Porterin (2010, s. 1) mukaan terveydenhuoltoon suhtaudutaan edelleen enemmänkin taiteena kuin tieteenä. Selvitykset eHealth-ratkaisujen asiakasarvosta ovat tärkeitä niiden yleistymisen kannalta. Asiakasarvoon keskittyvät selvitykset lisäävät eHealth-ratkaisujen uskottavuutta, ja saattaisi johtaa hyödyllisiksi osoitettujen ratkaisujen laajempaan käyttöön. Tämä tutkimus on ensimmäisiä yrityksiä tuoda moderni asiakasarvoajattelu kotihoitoon ja sinne vietävien eHealth-ratkaisujen toimintaympäristöön.

Tutkimuksen kirjallinen esitys mukailee tutkimuksen suorittamisen eri vaiheita. Ensimmäiset kaksi johdannon jälkeistä lukua käsittelevät teoriaa. Toisessa luvussa käsitellään ikääntyneiden kotihoitoa Suomessa ja kolmannessa asiakasarvoa ja sen muodostumista. Kolmannen luvun lopussa yhdistellään kotihoitoa ja asiakasarvoa käsittelevää kirjallisuutta ja luodaan viitekehys, jolla kuvataan asiakasarvon muodostumista kotihoitoon toimintakentässä. Neljännessä luvussa kuvataan tutkimuksen metodologia sekä empiirisen

osion toteutus, ja viidennessä luvussa esitellään saadut tulokset. Kuudes ja viimeinen luku on varattu päätelmille ja pohdinnalle.

2 IKÄÄNTYNEIDEN KOTIHOITO SUOMESSA

2.1 Kotihoitopalvelut ja niiden tuottaminen Suomessa

THL:n (2015) mukaan Suomessa oli vuoden 2014 marraskuussa kaikkiaan 72 531 säännöllisen kotihoidon asiakasta. Asiakasmäärä nousi edellisestä vuodesta 0,5 %. Säännöllisen kotihoidon asiakkaalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on voimassa oleva hoito- ja palvelusopimus tai jonka luona hoitohenkilökunta on muutoin käynyt säännöllisesti vähintään kerran viikossa. Yli 66 000 asiakasta oli täyttänyt 65 vuotta ja yli 56 000 oli 75-vuotta täyttäneitä. Valtakunnan tasolla kotihoitoa saa 11,8 % 75 vuotta täyttäneistä. (THL 2015). Tämä on hieman alle sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen kuntaliiton (2013, s. 39) vuodelle 2017 antaman 13 – 14 % suositustason. Kotihoidon kattavuudessa on huomattavaa kuntakohtaista vaihtelua. Esimerkiksi Kauniaisissa, jossa peittävyys on poikkeuksellisen matala, kotihoitoa sai vuonna 2014 vain 5,2 % yli 75-vuotiaista. Toista ääripäätä edustavat pienet kunnat erityisesti saaristossa ja Lapissa. Esimerkiksi Utsjoella kotihoitoa saa peräti 24,3 % yli 75-vuotiaista. (THL 2015).

Kotihoidon kattavuudessa on ollut suurta vaihtelua viimeisen 30 vuoden aikana. Vuonna 1988 kotihoitoa sai peräti 19,3 % yli 65-vuotiaista. 90-luvun lamavuosina kattavuus laski huomattavasti. Vuoteen 2002 mennessä kattavuus oli pudonnut 10,7 %:iin. (Kauppinen et al. 2003). Tilastointikäytäntöjen epäselvyys saattaa vaikuttaa jossain määrin lukujen vertailukelpoisuuteen (Andersson et al. 2004, s. 482). 2000-luvulla kotihoidon asiakkaiden määrä on noussut hieman väestön ikääntymisvauhtia hitaammin. Yli 65-vuotiaita oli vuonna 2010 noin 164 000 enemmän kuin vuonna 2000 (Tilastokeskus 2015). Samalla aikavälillä yli 65-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden lukumäärä on noussut vajaalla 10 000 henkilöllä (THL 2015).

Kotihoidon hallinto- ja rahoitusmalli sekä palvelurakenne ovat vaihdelleet viimeisten vuosikymmenten aikana. Suomessa siirryttiin kotihoidon hajautettuun malliin vuonna 1993, kun sosiaali- ja terveystalouden taloudellinen ja operatiivinen vastuu siirtyi keskushallitukselta kunnille ja kaupungeille (Kröger 2011). Siitä lähtien kunnat ovat saaneet päättää kotihoidon järjestämisestä alueellaan osittain itsenäisesti. Lainsäädännössä on asetettu tiettyjä reunaehdot kotihoidon toteutukselle. Kotihoidon sisältöä ohjaavat kansanterveyslaki (66/1972), sosiaalihuoltolaki (710/1982), sosiaalihuoltoasetus (607/1983) ja terveydenhuoltolaki (1326/2010). Näissä laeissa määritetään viisi kunnallisen kotihoidon päätöksentekoon tai toteutukseen vaikuttavaa toimielintä: sosiaali- ja terveysministeriö, aluehallintovirasto, kuntayhtymän liittovaltuusto, kunnan terveystalouksista vastaava toimielin sekä kunnan sosiaalipalveluista vastaava toimielin. Näistä sosiaali- ja terveysministeriön ja aluehallintoviraston rooli on ennen kaikkea valvoa ja ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamista.

Kansanterveys- ja sosiaalihuoltolaeissa säädetään, että kuntatasolla sekä sosiaali- että terveydenhuollon toimeenpanosta vastaa yksi tai useampi kunnan määräämä monijäseninen toimielin (Kansanterveyslaki 6§ 66/1972 & Sosiaalihuoltolaki 6§ 710/1982). Sama toimielin ei kuitenkaan saanut tuottaa sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluita ennen vuotta 2005, jolloin se mahdollistettiin niin sanotussa kotihoidon kokeilussa (66/1972 säädös 1429/2004). STM hyväksyy kokeiluun osallistuvat kunnat hakemusten perusteella. Vuonna 2009 kokeilun piirissä oli noin 70 % Suomen kunnista (Kokko et al. 2010, s. 66). Kotihoidon kokeilu asetettiin ensin päättymään vuoden 2008 lopussa, mutta sitä on sittemmin jatkettu säädöksillä 1106/2008, 1315/2010 sekä 1219/2014 vuoden 2016 loppuun saakka. Käytännössä kunnilla on siis vapaus itse määrittää organisaatiorakenne, jonka kautta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tuotetaan ja koordinoidaan. Kunnilla on myös vapaus itse päättää, huolehtiiko se sosiaali- ja terveydenhuollosta itsenäisesti vai perustetaanko tehtävää varten kuntayhtymä. Kunta voi myös sopia toisen kunnan kanssa, että tämä hoitaa osan tai kaikki kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintoista. (Kansanterveyslaki 5§ 66/1972 & Sosiaalihuoltolaki 5§ 710/1982). Lisäksi kunnilla on mahdollisuus ostaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita kuten kotihoitoa yksityisiltä palveluntarjoajilta. Palvelusetelien käyttö mahdollistettiin vuonna 2004 tekemällä muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annettuun lakiin (733/1992) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin (734/1992). Palvelusetelit mahdollistavat asiakkaiden valita palveluntarjoajansa vapaasti kunnan hyväksymien palveluntarjoajien joukosta. Hallituksen esityksen (74/2003) mukaan palvelusetelijärjestelmän tavoitteena on parantaa palvelujen saatavuutta, tarjota vaihtoehtoja palvelujen järjestämiseksi, parantaa asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia sekä lisätä yksityistä palvelutuotantoa.

Jos kunta ei ole mukana kotihoidon kokeilussa, kotisairaanhoidon järjestäminen on kunnallisista terveyspalveluista vastaavan toimielimen tehtävä. Laissa kotisairaanhoidon määriteltä hoito- ja palvelusuunnitelman mukaiseksi tai tilapäiseksi potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutetuksi terveyden ja sairaanhoidon palveluksi. Tarvittaessa kotihoidon toteuttamisessa hyödynnetään erikoissairaanhoidon resursseja. (Terveydenhuoltolaki 25§ 1326/2010). Hoito- ja palvelusuunnitelma on hoitosuhteen alussa yhteistyössä asiakkaan kanssa laadittava suunnitelma hoidon toteuttamiseksi. Kotipalveluiden tuottaminen on puolestaan kotihoidon kokeilun ulkopuolella olevissa kunnissa sosiaalihuollosta vastaavan toimielimen vastuulla. Kotipalveluilla tarkoitetaan laissa asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Kotipalveluita annetaan alentuneen toimintakyvyn, perhetilanteen, rasittuneisuuden, sairauden, synnytyksen, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn perusteella niille, jotka tarvitsevat apua suoriutuaan edellä mainituista tehtävistä ja toiminnoista. (Sosiaalihuoltolaki 20 & 21§ 710/1982). Näiden kahden palvelumuodon yhdistelmää kutsutaan yleisesti kotihoidoksi

tai yhdistetyksi kotihoidoksi (Hammar 2008, s. 23; Andersson et al. 2004, s. 481). Tässä tutkimuksessa termillä kotihoito tarkoitetaan nimenomaan yhdistettyä kotihoitoa, eli kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistelmää.

Vaikuttaa siltä, että sosiaali- ja terveyspalveluiden kunnallinen tuotantomalli, jossa palveluita tuottaa noin 190 kuntaa ja kuntayhtymää, tulee muuttumaan radikaalisti hallituksen sosiaali- ja terveystuudistuksen ja aluehallintouudistuksen myötä. Hallituksen on tarkoitus antaa esitys kummastakin uudistuksesta eduskunnalle loppuvuodesta 2016 (STM 2016b). Uudistuksen myötä sosiaali- ja terveyspalveluista järjestämisvastuussa olevien kunnallisten organisaatioiden lukumäärä vaikuttaisi pienevän huomattavasti. Hallitus pääsi sopimukseen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen periaatteista 7.11.2015. Valtioneuvoston viestintäosaston (2015) mukaan sopimuksessa määriteltiin, että Suomen julkinen hallinto järjestetään jatkossa kolmella tasolla: valtio, itsehallintoalue ja kunta. Hallitus näkee tämän vähentävän merkittävästi erilaisten sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavien yksiköiden määrää, kun tehtävät siirtyvät lähes 190 kunnalta ja kuntayhtymältä 18 itsehallintoalueelle. 15 itsehallintoalueen esitetään järjestävän itse sosiaali- ja terveyspalvelut muiden tukeutuessa toisen alueen palveluihin. Itsehallintoalueet muodostetaan nykyisen maakuntajaon pohjalta. (Valtioneuvoston viestintäosasto 2015). Koska perustuslain mukaan kunnilla ei voi olla rahoitusvastuuta toiminnasta, jota ne eivät itse järjestä, eivät kunnat voi jatkossa rahoittaa sosiaali- ja terveyspalveluita. Sen takia myös kuntien valtionosuusjärjestelmä on uudistettava. (STM 2016c). Vastuun sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä kaavaillaan siirtyvän itsehallintoalueille 1.1.2019 (Valtioneuvoston viestintäosasto 2015). Hallituksen tuleva uudistusesitys vaatii eduskunnan hyväksynnän ennen, kuin se voi astua voimaan.

Kunnan järjestämän kotihoidon sijaan tai sen rinnalla ikääntyneet voivat saada tukea omaisiltaan. Omaishoito on vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. (Laki omaishoidon tuesta 2 § 937/2005). Hammarin et al. (2008) tutkimuksessa peräti 84 % asiakkaita sai hoitoa myös omaisiltaan. Finne-Soveri et al. (2006) arvioi tutkimuksessaan, että ilman omaishoitoa suuri osa omaishoitoa saavista vanhuksista päätyisi hoitoon institutionaalisiin laitoksiin. Omaishoidon tuella tarkoitetaan hoitopalkkiosta, vapaapäivistä ja omaishoitoa tukevista palveluista koostuvaa kokonaisuutta, jolla tuetaan ja kannustetaan omaisia osallistumaan ikäihmisen hoitoon (Laki omaishoidon tuesta 2 § 937/2005). Tilastojen mukaan omaishoidon piirissä oli vuonna 2011 4,4 % 75 vuotta täyttäneistä (STM ja Suomen kuntaliitto 2013, s. 59).

Kunnallisen vanhushoitojärjestelmän rinnalla toimii joukko yksityisiä palveluntarjoajia, jotka täydentävät julkisen sektorin palvelutarjontaa ja tarjoavat niille vaihtoehtoja (Aluehallintovirasto 2017). Väyrysen (2011) mukaan Suomessa oli vuonna 2010 812 yksityistä palveluyksikköä, jossa tarjottiin palveluasumista ikääntyneille. Ikääntyneille ja vammai-

sille kotipalveluja tarjoavia yksiköitä oli 694 kappaletta. Yksityisiä sosiaalipalveluita tarjoavien yksiköiden määrä on lisääntynyt koko 2000-luvun ajan. (Väyrynen 2011). Yksityisten palveluiden käyttöä on tuettu vuonna 2001 voimaan tulleella nykymuotoisella kotitalousvähennyksellä ja palvelusetelijärjestelmällä, joka otettiin käyttöön vuonna 2004 (Häkkinen Skans 2011, s. 9). Kunnat ovat sosiaalipalveluita tarjoavien yksityisten yritysten ja järjestöjen merkittävin asiakas. 73 % Väyrysen kyselyyn vastanneista yksityisistä sosiaalipalveluiden tarjoajista myi yli puolet palveluistaan kunnille (Väyrynen 2011, s. 2).

Myös kolmas sektori, eli vapaaehtoistoimijat tai järjestökenttä, täydentävät julkisen sektorin palvelutarjontaa. Voutilaisen (2007) selvityksessä analysoitiin 89 kunnan vanhuspoliittista strategiaa STM:n ja Suomen kuntaliiton laatusuosituksen vaikutusten kartoittamiseksi. Tuloksista kävi ilmi, että kunnat näkevät kolmannen sektorin tärkeänä yhteistyökumppanina. Kaksi kolmasosaa selvityksen kunnista oli kirjannut strategiaansa tavoitteita yhteistyön lisäämisestä ja toiminnan edistämisestä järjestöjen ja seurakunnan kanssa (Voutilainen 2007, s. 24). Tepposen (2009, s. 190) tutkimuksessa, jossa analysoitiin ikääntyneiden hoitoa 43 itäsuomalaisessa kunnassa, todettiin kolmannen sektorin tarjoavan ennen kaikkea kotihoidon tukipalveluja kuten kuljetus-, turvapuhelin- ja ateriapalveluita. Omaishoidon tuen, yksityisten palveluntarjoajien ja kolmannen sektorin tuottamien palveluiden yleistymisen myötä toimijoiden ja rajapintojen määrä kotihoidossa on lisääntynyt 2000-luvulla (Hammar 2008, s. 28).

2.2 Kotihoitopalveluiden tuottajat ja vastaanottajat

Geriatrian työ on moniammatillista ryhmätyötä. Siihen tarvitaan lääkärin lisäksi geriatriaan perehtynyt hoitaja, fysioterapeutti ja usein myös muita ammattilaisia, kuten sosiaalityöntekijä tai neuropsykologi. Potilas ja hänen läheisensä ovat myös oleellinen osa työryhmää. (Hartikainen et al. 2008, s. 12). Paljon hoitoa vaativan kotihoidon asiakkaan luona käy tyypillisesti suuri määrä ihmisiä, joilla jokaisella on oma roolinsa geriatrisen työn toteuttamisessa. Kaikki nämä osapuolet eivät kuitenkaan osallistu kotihoidon tuottamiseen. Paljärvi (2012, s. 21) luokittelee osan geriatrisesta työstä luonteeltaan kotihoitoa tukeviksi. Hänen mukaan lääketieteellisen hoidon, esimerkiksi terveyskeskuksen omalääkärin ja omahoitajan palvelut, gerontologisen sosiaalityön ja fysioterapiaan liittyvät palvelut ovat luonteeltaan kotihoitoa tukevia palveluita. (Paljärvi 2012, s. 21). Varsinaisessa kotihoitopalvelun tuottamistilanteessa palvelun tuottaa hoitaja ja vastaanottaa kotihoidon asiakas.

Kotihoidon asiakkaiden on havaittu tulevan kotihoidon piiriin usein sairaalajakson jälkeen lääkärin määräämänä (Andersson et al. 2004, s. 487). Kunnallisia kotihoitopalveluita saadakseen asiakas tarvitsee lähetteen lääkäriltä, joka on vastuussa kotisairaanhoidon aloittamisesta ja toteuttamisesta (Aejmelaesus 2007, s. 340 - 344). Jokaiselle kotihoi-

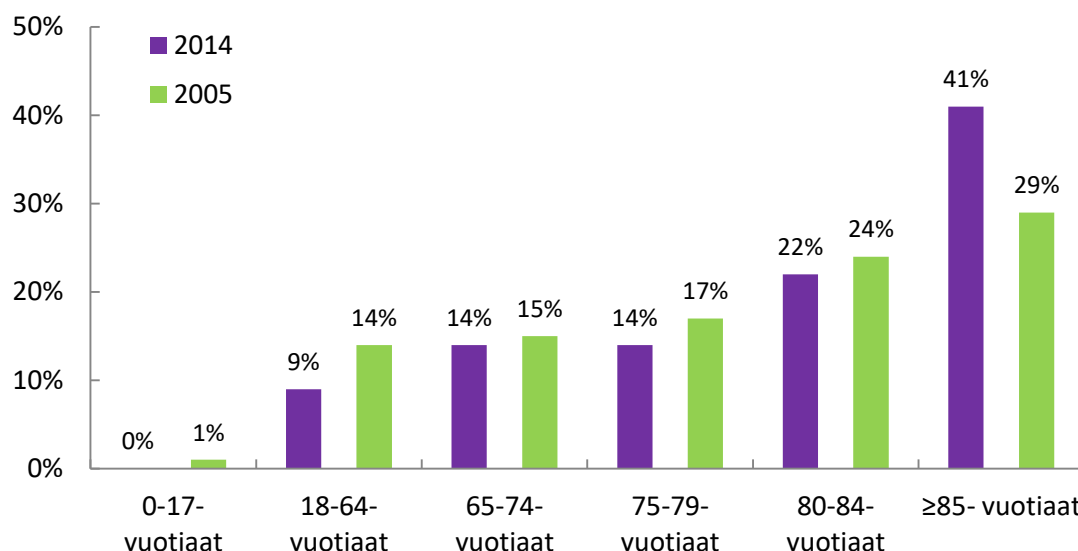
don asiakkaalle tehdään hoitosuhteen alussa hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoito- ja palvelusuunnitelma perustuu kokonaisvaltaiseen hoitotarpeen arviointiin. Hoito- ja palveluprosesseja suunniteltaessa korostetaan asiakkaan omien voimavarojen hyödyntämistä ja kuntouttavaa otetta (STM ja Suomen kuntaliitto 2008).

Kotihoidon asiakkaat tarvitsevat apua selvitäkseen päivittäisistä askareista. Apua tarvitaan muun muassa kodin ylläpitoon, ruokahuoltoon, hygieniasta huolehtimiseen ja lääkahuoltoon. Tavallisimmin ikäihmisen haasteena on kotitaloustöistä kuten siivoamisesta, ruoan laitosta tai pyykin pesusta selviytyminen. Avun tarpeen taustalla on usein jokin toimintakykyä heikentävä sairaus. Yleisimpiä toimintakykyä rajoittavia sairauksia ovat verenkiertoelinten sairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mielenterveysongelmat, Alzheimerin tauti, diabetes, hengityselinten sairaudet sekä tapaturmat. (Heinola 2007, s. 19).

Myös kognition aleneminen ja muistisairaudet aiheuttavat tarvetta kotihoidolle. Muistisairauksien esiintyvyys kasvaa iän karttuessa, ja keskivaikeasta tai vaikeasta dementiaasta kärsii 65-74 vuotiaista 4 %, 75-84 vuotiaista 11 % ja yli 85-vuotiaista 35 % (Heinola 2007, s. 20). Kotihoidon piiriin tullaan myös psyykkis-sosiaalisten syiden vuoksi. Heinolan (2007, s. 20) mukaan ne ovat syynä kotihoidon piiriin tulemiselle 9,7 %:lla asiakkaista. Näissä tapauksissa yksinäisyyden ja turvattomuuden kokeminen on yleisin syy hoitoon hakeutumiselle. Alentuneen toimintakyvyn lisäksi asiakkaita kotihoidon piiriin tuo myös eläkeläisten lisääntynyt alkoholin käyttö. (Heinola 2007, s. 20).

Selkeä enemmistö kotihoidon asiakkaista on ikäihmisiä. Syynä sille on, että niin fyysiseen toimintakykyyn liittyvät haasteet kuin monet sairaudetkin kasautuvat iän myötä (Heinola 2007, s. 20). Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden ikäjakauma Suomessa vuonna 2014 ja 2005 on esitetty kuvassa 1. 85 vuotta täyttäneet ovat olleet molempina vuosina suurin asiakasryhmä. 85 vuotta täyttäneiden suhteellinen osuus on kuitenkin kasvanut merkittävästi viimeisen yhdeksän vuoden aikana. Vuonna 2014 85 vuotta täyttäneet edustivat jo yli 40 % kaikista asiakkaista. Hoidon painottumista vanhimpiin ikäluokkiin selittää kansakunnan ikärakenteen muutoksen lisäksi myös kansalliset tavoitteet laitospurkamisesta, minkä seurauksena kotihoidon piiriin on tullut aiempaa iäkkäämpiä asiakkaita (Kröger 2003, s. 31).

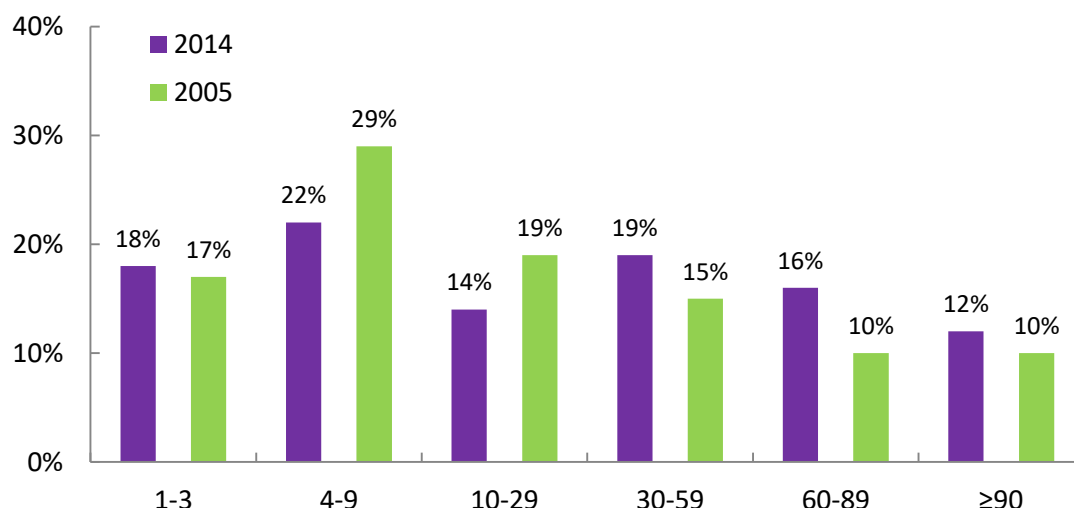
Kotihoidon asiakkaiden muuttuva ikärakenne selittää myös sitä, että yhä suurempi osa heistä tarvitsee paljon apua selvitäkseen. Nämä asiakkaat sitovat paljon kotihoidon resursseja. Valtiontalouden tarkastusviraston (2010, s. 109-110) raportissa todetaan osan kotihoidon asiakkaista olevan niin heikossa kunnossa, että heidät voidaan luokitella saat-tohoitopotilaiksi. Kuvassa 2 esitetään kotihoidon asiakkaiden jakauma kuukausittaisten kotikäyntien määrän perusteella. Vuonna 2014 47 %:lle kotihoidon asiakkaista tehtiin yli 30 kotikäyntiä kuukaudessa, eli heidän luonaan käytiin useammin kuin kerran päivässä. Vastaava luku vuonna 2005 oli 35 %. Tällaiset potilaat tarvitsevat tyypillisesti apua joka-päiväisissä askareissa sängystä nousemisesta alkaen.



Kuva 1. Kotihoidon asiakkaiden ikäjakauma Suomessa 2014 ja 2005 (THL 2015)

Kotihoidon piirissä on myös asiakkaita, jotka ovat lähes kokonaan omatoimisia. Vuonna 2014 18 % kotihoidon asiakkaista oli sellaisia, joiden luona käytiin harvemmin kuin kerran viikossa. Tätä selittää se, että kotihoidon piirissä on yli 75-vuotiaita, jotka ovat muuten hyvässä kunnossa, mutta tarvitsevat apua tarkkuutta vaativan lääkehoitonsa kanssa (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010, s. 109-110). Lääkehoito on tekijä, joka yhdistää lähestulkoon kaikkia kotihoidon asiakkaita. Vain marginaalinen osa iäkkäistä elää ilman jatkuvaa lääkehoitoa. Hartikaisen et al. (2008, s. 247-248) mukaan vain yhdellä prosentilla yli 75-vuotiaista ei ole käytössään yhtään lääkettä. Myös iäkkäiden käytössä olevien lääkkeiden määrä on nousussa. Tämän uskotaan johtuvan viime vuosikymmeninä iäkkäiden hoitokäytännöissä tapahtuneista muutoksista. Hartikaisen et al. (2008, s. 247-248) mukaan yhtä tautia hoidetaan yhä useammin usean lääkkeen yhdistelmällä. Joka kahdeksas yli 64-vuotias saa Kelalta lääkekorvauksia yli 30 reseptistä (Hartikainen et al. 2008, s. 247-248).

Konkreettisen, potilaiden terveydenhuoltoon ja päivittäisten askareiden hoitamiseen, liittyvän avun lisäksi kotihoidon asiakkaat tarvitsevat tukea sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin varmistamisessa. Kotihoidon tehtävä on vastata yhtä lailla myös näihin tarpeisiin (kts. esim. Andersson et al. 2004, s. 481; Hammar et al. 2008, s. 147; Paljärvi 2012, s. 20-21). Sosiaalisesta ja henkisestä hyvinvoinnista puhuttaessa on tärkeää ymmärtää, että potilaat edustavat hyvin laajaa kirjoa erilaisia ihmisiä. Kotihoidon piirissä on vanhuksia kaikista sosiaaliluokista ja hyvin erilaisista taustoista. Korkeassa iässä myös ihmisten erilaisuus korostuu (Hartikainen et al. 2008, s. 13). Hyvää hoitoa antaakseen hoitohenkilökunnan tulisi pystyä huomioimaan asiakkaan yksilölliset luonteenpiirteet ja tarpeet hoidon sisältöä ja hoitomenetelmiä valitessaan (Vaarama et al. 2009).



Kuva 2. Kotihoidon asiakkaiden jakauma käyntimäärien perusteella (THL 2015)

Kotihoidon asiakkaiden erilaisuutta korostaa myös se, että he voivat suhtautua itsestään huolehtimiseen ja hoitajien antamaan hoitoon hyvin eri tavoin. Heinola (2007, s 22-23) ryhmittelee ikäihmisiä neljään ryhmään sen perusteella, miten he suhtautuvat itsestään huolehtimiseen:

1. *Itsestään vastuullisesti huolta pitävät* vaalivat terveyttään ja hoitavat mahdollisia sairauksiaan. He kokevat olevansa itse vastuullisia omasta elämästään ja hoidostaan, mutta toimivat luontevasti myös yhteistyössä hoitohenkilöstön kanssa. He odottavat hoitohenkilökunnalta tasavertaista ja toimivaa yhteistyötä.
2. *Ulkoapäin tuleviin ohjeisiin turvautuvat* noudattavat tunnollisesti saamia hoito-ohjeita ja pyrkivät noudattamaan niitä tunnollisesti. He ovat yleensä tyytyväisiä saamiinsa kotihoidon palveluihin. Heillä ei tyypillisesti ole juurikaan kodin ulkopuolisia yhteyksiä.
3. *Omapäiset* tekevät huolenpitoaan koskevia itsenäisiä ratkaisuja hoitohenkilöstön ohjeista välittämättä. Itsestä huolehtiminen perustuu usein heidän omiin kokemuksiinsa ja luovuuteen. He voivat olla vastahankaisia avun vastaanottamisen suhteen. Tällaiset asiakkaat vaativat hoitajilta tyypillisesti arvostusta ja viihtyvät parhaiten omissa oloissaan.
4. *Luovuttajat* eivät enää huolehdi terveytensä ja mahdollisten sairauksien hoidosta vaan katsovat, että hoitajilla ja lääkäreillä on vastuu heistä. He ottavat vastaan saamansa hoidon hiljaisen alistuneesti tai purnaten. Tällaisilla potilailla on usein taustalla myös masennusta.

Kaiken kaikkiaan kotihoitopalveluiden piirissä on hyvin heterogeeninen joukko ihmisiä. Vaihtelu on suurta niin asiakkaiden iän, hoidon tarpeen, taustojen, terveydentilan kuin hoitoon suhtautumisenkin osalta. Hoitosuunnitelmaa tehtäessä on otettava huomioon myös asiakkaiden omaiset, jotka saattavat haluta vaikuttaa tai osallistua hoitoon. Näistä syistä yhden asiakkaan hoidossa toimivat hoitomenetelmät eivät välttämättä toimi kaikkien kohdalla (Vaarama et al. 2009).

Hoitajien tehtävä on toteuttaa asiakkaalle laadittua hoitosuunnitelmaa. He käyvät asiakkaiden luona jalan, pyörällä tai autolla liikkuen ja antavat heille palvelusuunnitelman mukaista hoitoa. Kotihoitoyksikön hoitohenkilöstön määrästä ja osaamisesta säädetään vanhushpalvelulaissa (20§ 980/2012). Lain mukaan ”Toimintayksikössä on oltava henkilöstö, jonka määrä, koulutus ja tehtävärakenne vastaavat toimintayksikön palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelun tarvetta ja joka turvaa heille laadukkaat palvelut.” STM ja Suomen Kuntaliitto (2013, s. 47) suosittelevat, että kotihoidon henkilöstömitoitus määritellään vertaamalla hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista asiakkaalle myönnettyä hoitoaikaa ja hoitajien välittömään asiakastyöhön käytettävissä olevaa työaikaa. Tutkimustiedon ja kuntien seurantojen perusteella tiedetään, että kotihoidossa sairaanhoitajien välitön asiakasaika on noin 20–40 prosenttia kokonaistyöajasta ja lähihoitajilla noin 40–70 prosenttia kokonaistyöajasta. (STM ja Suomen kuntaliitto 2013, s. 44).

Kotihoidon hoitajakunta on ammatinimikkeiltään kirjavaa (Tedre 2007, s. 95). Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen on monipuolistanut hoitajien ammattirakennetta. Suomisen ja Henrikssonin (2008, s. 625) mukaan kotipalvelussa työskenteli aiemmin sosiaalialan koulutuksen saaneita kodinhoitajia ja kotiavustajia. Kotisairaanhoidon työntekijät olivat puolestaan pääsääntöisesti terveysalan ammattilaisia kuten sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, apu- ja perushoitajia sekä diakonissoja. Merkittävänä erona sosiaali- ja terveydenhuollon ammattirakenteissa on ollut se, että sosiaalihuollossa on työskennellyt runsaasti kouluttamattomia työntekijöitä, mutta terveydenhuollossa on vaadittu ammatillinen koulutus. (Suominen & Henriksson 2008, s. 625). Kotihoidossa työskentelee edelleen kouluttamattomia aiemmin kotipalveluiden piirissä työskennelleitä henkilöitä, jotka ovat päätyneet nykyiseen tehtäväänsä kotihoidon yhdistymisen myötä. Voutilaisen (2007, s. 41) mukaan kotihoidon henkilöstörakenne on muuttunut viime vuosikymmeninä sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja lähihoitajapainotteiseksi samalla, kun kodinhoitajien ja kotiavustajien määrä on vähentynyt. Tämä johtuu 1992 alkaneesta koulutus uudistuksesta, jonka myötä kodinhoitajien ja kotiavustajien koulutus loppui ja korvautui lähihoitajan koulutuksella. (Voutilainen 2007, s. 41). Uudistuksen taustalla oli pyrkimys vastata aiempaa paremmin muuttuviin työelämän tarpeisiin kouluttamalla ammattilaisia, jotka kykenevät siirtymään joustavasti sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien välillä (Paljärvi 2012, s. 22). Kotihoito on lähihoitajille kuitenkin vain yksi uravaihtoehto. Lähihoitajan koulutus tarjoaa valmiudet myös muun muassa sairaanhoitoon, mielenterveys-

ja päihdetyöhön, suun terveydenhoitoon sekä lasten esikasvatukseen. Vuonna 2008 hie-
man yli puolet lähihoitajan tutkinnon suorittaneista työskenteli sosiaalipalveluissa ja hie-
man yli neljännes terveystalveissa (Ailasmaa 2011, s. 9).

Väestörakenteen muutoksella on merkittävä vaikutus tulevien vuosien työvoiman tarpee-
seen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto
(2013, s. 39) arvioivat vuonna 2013, että sosiaalipalveluihin avautuu vuoteen 2033 men-
nessä noin 60 000 uutta työpaikkaa. Työvoiman tarve kohdistuu lähes kokonaan iäkkäi-
den kotihoidon, asumispalveluiden ja laitoshoidon parissa työskentelevien lähihoitajien
tai vastaavien ammattiryhmään. (STM ja Suomen kuntaliitto 2013, s. 39). Työvoiman
tarpeesta lähes puolet johtuu eläkepoistumasta. Kuntien eläkevakuutuksen laatiman
kunta-alan eläkepoistumaennusteen mukaan 54 680 vakuutetusta kunta-alan lähihoita-
jasta poistuu vanhuus- ja työkyvyttömyyseläkkeelle vuoteen 2030 mennessä 25 400 hen-
kilöä (KEVA 2016). Kiivas eläköitymistähti kertoo hoitajien ammattikunnan iäkkyy-
destä. KEVA:n ennusteen mukaan yli 17 500 lähihoitajaa jää vanhuuseläkkeelle seuraa-
van 14 vuoden aikana. Lähes kolmannes hoitajista on siis iältään yli 50-vuotiaita.

Työvoiman löytäminen vanhushoidon tehtäviin on kunnille paikoitellen haastavaa. Kun-
nallinen työmarkkinalaitos, KT kuntatyönantajat, selvitti sosiaali- ja terveydenhuollon
työvoimatilannetta kunnille suunnatussa kyselyssä vuonna 2012. Selvityksen mukaan
työvoimavajetta on sosiaalipalveluissa lähihoitajien tai vastaavien ammattiryhmässä 3,2
% (KT kuntatyönantajat 2013). Kaikista kuntien lähihoitajien paikoista siis 3,2 % on
täyttämättä. Niinpä myös lähihoitajien työllisyystilanne on erinomainen. Ailasmaan
(2011, s. 9) selvityksen mukaan ei eläköityneistä lähihoitajan tutkinnon suorittaneista
vain 4,2 % oli työttömiä vuonna 2008. Lähihoitajan tutkinnon suorittaneita ilman eläke-
läisiä oli vuonna 2008 yhteensä 146 000. (Ailasmaa 2011, s. 9).

Kotihoito on todettu useissa 2000-luvulla toteutetuissa tutkimuksissa ja kyselyissä henki-
sesti ja fyysisesti rasittavaksi. Monet työntekijät harkitsevat työn lopettamista ja fyysiset
rasitusoireet ovat suhteellisen yleisiä. (Henriksson & Wrede 2004; Perälä et al. 2006;
Voutilainen 2007; Erkkilä et al. 2012). Kotihoidolle on piirteenaista myös se, että hoi-
tajan täytyy työssään toimia asiakkaan tarpeiden ja säästöpainneiden ristivaikutuksessa
(Andersson et al. 2004). Tällaiset tilanteet lisäävät hoitajien eettistä kuormitusta. Eettiset
ammattisäännöt ovat tärkeitä ammattissa, joissa tehdään toisten ihmisten elämään ja oi-
keuksiin liittyviä päätöksiä eli toisin sanoen käytetään valtaa (Vuori-Kemilä 2005). Eet-
tistä kuormitusta syntyy, kun eettiset periaatteet ovat ristiriidassa tai eettisten periaattei-
den noudattamiselle ilmaantuu este (Erkkilä et al. 2012, s. 10). Kokonaisuudessaan hoi-
tohenkilöstön työhyvinvoinnin kehitys on ollut viime vuosina lähinnä negatiivista (Vou-
tilainen 2007, s. 62; Erkkilä et al. 2012).

Vanhusten ja vammaisten parissa työskentelevien hoitajien työhön liittyviä muutostoi-
veita on selvitetty osana pohjoismaisen tutkijaryhmän suunnittelemaa ja toteuttamaa

Nordcare-hanketta (kts. tarkemmin esim. Kröger & Vuorensyrjä 2008). Aineisto on kerätty postikyselyllä vuonna 2005. Hankkeen suomalaisessa aineistossa (n=726) vastaajista suurin osa on perushoitajia, lähihoitajia, kodinhoitajia, kotiaavustajia sekä hoito- ja laitosapulaisia. Anu Leinonen (2009) analysoi vastauksia, joita Nordcare-kyselyssä saatiin avoimeen kysymykseen ”Jos sinä saisit päättää, mitä muutoksia haluaisit toteuttaa vanhusten ja vammaisten hoidossa?”. Leinosen analyysin perusteella kaksi yleisintä muutostoitetta olivat ”lisähenkilöstön tarve” ja ”kiireettömyys ja aikaa muullekin kuin välttämättömälle perushoivalle”. Kaikista kysymykseen vastanneista kotihoidossa työskentelevistä 37 % esitti toiveen lisähenkilökunnasta ja 43 % toivoi kiireettömyyttä ja aikaa muullekin kuin välttämättömälle perushoivalle. (Leinonen 2009).

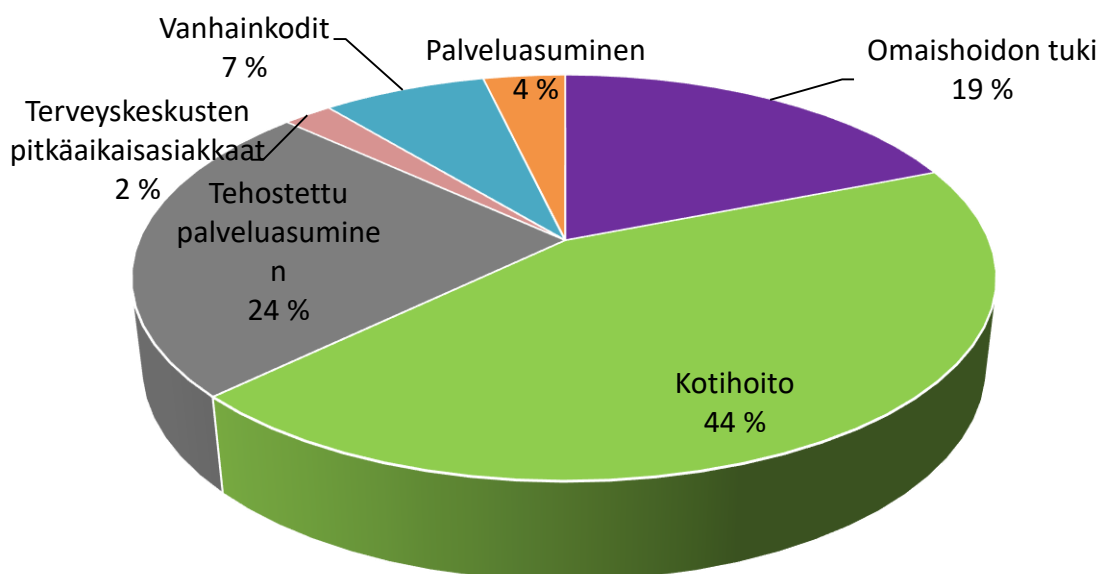
2.3 Suomen vanhuspalvelustrategia ja tavoitteet

Kotihoito on Suomen vanhuspalvelustrategian ydin. Ikääntyneiden hoidon ideologia korostaa ikääntyneiden mahdollisuutta itsenäiseen elämään omassa kodissa vielä silloinkin, kun arjessa selviytymiseen tarvitaan ulkopuolista apua. (Andersson et al. 2004, s. 481). Tämä tavoitetila näkyy myös sosiaalihuoltolaissa, jossa säädetään, että hoitoa on ensisijaisesti toteutettava sellaisin toimintamuodoin, jotka mahdollistavat itsenäisen asumisen sekä luovat taloudelliset ja muut edellytykset selviytyä omatoimisesti päivittäisistä toiminnoista (39§ 710/1982). Suomalaisten yli 65-vuotiaiden säännöllisiä hoitopalveluja saavien jakautuminen eri hoitomuotojen kesken vuonna 2014 on esitetty kuvassa 3. THL:n (2015) tilastojen mukaan säännöllistä hoitoa saavista lähes 63 % saivat palveluja kotiin. Kotiin annettaviksi palveluiksi luetaan kotihoito ja omaishoidon tuki. Tilastoissa ei ole eritelty ikääntyneitä, jotka saavat sekä kotihoitoa että omaishoidon tukea. Osa kotihoidon asiakkaista saa siis myös omaishoidon tukea. Loput hieman yli 37 % saivat ympärivuorokautista hoitoa. Ympärivuorokautisen hoidon muodoiksi on luettu palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti ja terveyskeskuksen vuodeosasto. Tavallisessa palveluasumisessa, vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettavana oli yhteensä noin 1,8 % säännöllisiä palveluja saavista yli 65-vuotiaista. Selvästi eniten ympärivuorokautisen hoidon saajia on tehostetun palveluasumisen piirissä – yhteensä 3,3 % yli 65-vuotiaista säännöllisiä palveluja saavista. (THL 2015).

Yksi viime vuosien selkeimpiä valtakunnallisia ikääntymispoliittisia tavoitteita on ollut ikääntyneiden kotona asumisen tukeminen, ja vastaavasti laitoshoidon purkaminen (Voutilainen 2007; Kröger 2003). Vuodelle 2012 asetettu valtakunnallinen tavoitetaso oli, että 91-92 % yli 75-vuotiaista asuu kotona tarkoituksenmukaisten palvelujen turvin (STM ja Suomen kuntaliitto 2008). STM:n (2013) toimintasuunnitelman tavoitteena on vähentää laitoshoidossa olevien yli 75-vuotiaiden määrää vuoden 2011 4,3 %:sta 2-3 %:iin vuoteen 2017 mennessä. Tämän rakennemuutoksen uskotaan hillitsevän väestön ikääntymisen aiheuttamaa sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kasvua (STM ja Suomen kuntaliitto 2008, s. 9). Andersson et al. (2004, s. 481) mukaan palvelustrategian taustalla on

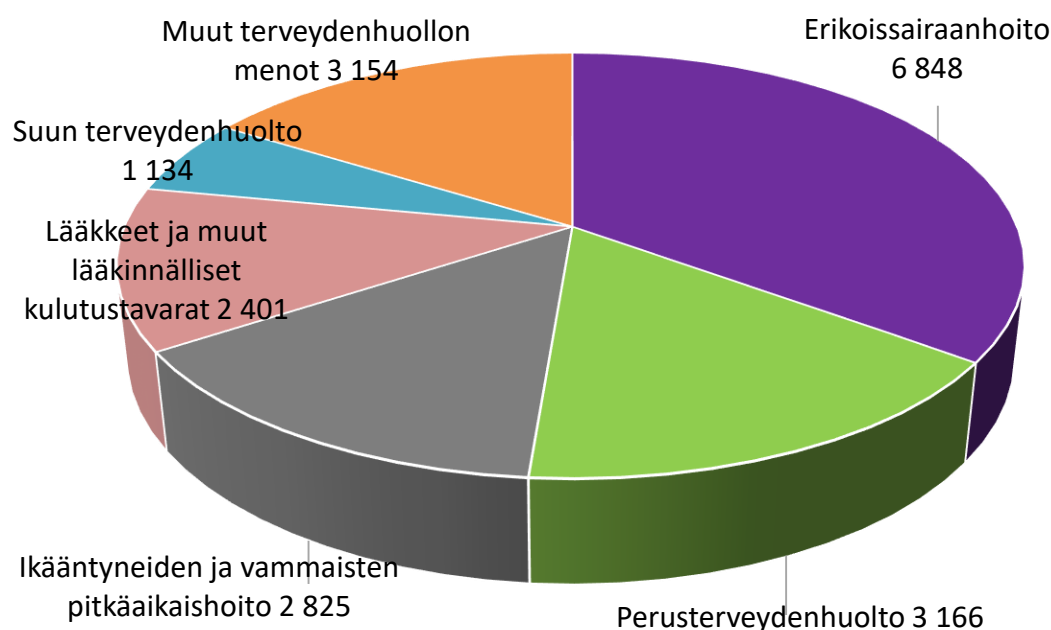
väestön ikääntymisen ja palvelutarpeen kasvun ja taloudellisuuden lisäksi myös ikääntyneiden omat toiveet. Ikääntyneiden kotona asumisen ideologian taustalla ei siis ole yksinomaan valtion säästötavoitteet, vaan myös inhimilliset syyt (Andersson 2007).

Palvelurakenteen kehitys 2000-luvulla on ollut valtion tavoitteiden suuntainen. Kotihoidon kattavuus on pysynyt koko 2000-luvun lähes samana, vaikka kotihoidon piiriin on siirtynyt ikääntyneitä ympärivuorokautisesta hoivasta (THL 2015). Krögerin & Leinosen (2012) mukaan kotihoidon palvelurakennemuutoksen myötä myös kotihoidon painopiste on siirtynyt. Kotihoidon asiakkaat ovat aiempaa iäkkäämpiä ja tarvitsevat aiempaa enemmän hoitoa (Kröger & Leinonen 2012; THL 2015). Yli 60 käyntiä kuukaudessa tarvitsevien osuus kaikista kotihoidon asiakkaista on kasvanut seitsemän prosenttiyksikköä vuodesta 2010 (THL 2016a). Kröger ja Leinonen (2012) toteavat, että kotihoidon painopisteen muuttumisen myötä myös kotihoidon toimenkuva on muuttunut. Hoitajat eivät enää juurikaan hoida perinteiseen kodinhoitoon liittyviä tehtäviä, vaan keskittyvät ennen kaikkea asiakkaan henkilökohtaisen hoidon ja lääkehoidon toteuttamiseen. Kotipalvelun kodinhoitoon liittyviä tehtäviä on sen sijaan pyritty siirtämään omaisille tarjoamalla heille valtion maksamaa omaishoidon tukea. (Kröger & Leinonen 2012). Pyrkimys osallistaa kolmansia osapuolia on yksi valtiovallan strateginen painopiste. Se käy ilmi esimerkiksi STM:n ja Suomen kuntaliiton laatusuosituksen (2008, s. 20) strategisesta linjauksesta: ”Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi on toimittava tavoitteellisesti yhteistyössä julkisen, kolmannen ja yksityisen sektorin eri toimijoiden kesken.” Omaishoidon tuen suosio onkin lisääntynyt 2000-luvulla huomattavasti. Vuonna 2000 omaishoidon tukea oli myönnetty 3,0 %:lle yli 75-vuotiaista. Vuonna 2014 tukea myönnettiin samassa ikäryhmässä jo 4,5 %:lle. (THL 2016a).



Kuva 3. Yli 65-vuotiaat säännöllisten hoitopalveluiden saajat Suomessa 2014 (THL 2015)

Vuoden 2014 hinnoin Suomen terveydenhuollon menot ovat kasvaneet lähes 34 % vuosina 2000 – 2014. Vuonna 2014 menot olivat kokonaisuudessaan 19,5 miljardia euroa. (THL 2016b). Kustannusten jakautuminen terveydenhuollon eri toimintojen välillä on esitetty Kuva 4. Suurimmat menot kohdistuivat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuoltoon, jotka yhdessä kattoivat noin puolet kaikista terveydenhuoltomenoista. Kolmanneksi suurin menoerä oli ikääntyneiden ja vammaisten pitkäaikaishoito, jonka kustannus oli noin 2,8 miljardia euroa. Ikääntyneiden ja vammaisten pitkäaikaishoidon menot jakaantuvat kotiin annettavan hoidon ja laitoshoidon välillä. Vuonna 2014 noin 70 % kohdistui kotiin annettaviin palveluihin ja noin 30 % laitoshoidon. (THL 2016b). Ikääntyneiden terveydenhuoltoon liittyviä menoja on huomattavissa määrin mukana myös erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja lääkinnän menoissa. Ikääntyneet ovat terveydenhuoltopalveluja selvästi eniten käyttävä väestöryhmä.



Kuva 4, Terveydenhuoltomenojen jakautuminen toimintojen kesken 2014, mrd € (THL 2016b)

Valtion terveydenhuoltomenojen kehitys on linjassa 2000-luvulla toteutettujen palvelurakenteen muutosten kanssa. Ikääntyneiden ja vammaisten kotiin annettavan pitkäaikaishoidon menot ovat lähes kaksinkertaistuneet viimeisen viiden vuoden aikana, kun taas ikääntyneiden laitoshoidon menot ovat pienentyneet joka vuosi viimeisen kuuden vuoden ajan. Korkeimmillaan menot olivat vuonna 2009, jolloin ne olivat noin 825 miljoonaa euroa. Vuonna 2014 terveydenhuoltomenot kasvoivat reaalisesti 0,6 %. (THL 2016b).

Ikäihmisten kotihoidon kustannuksia ja kustannusvaikuttavuutta on käsitelty niin kansainvälisissä kuin suomalaisissakin tutkimuksissa varsin vähän (Heinola 2007, s. 94).

Tämä johtuu siitä, että kattavan, vertailukelpoisen ja luotettavan kustannustiedon saamiseen liittyy ainakin Suomessa vielä toistaiseksi ratkaisemattomia haasteita. Valtiontalouden tarkastusviraston (2011, s. 75) selvityksen mukaan ikääntyneiden kotihoidon kustannuksista ei ole saatavissa koko maata kattavia tietoja. Laitoshoidon purkamisella saavutettuja kustannusvaikutuksia on vaikea arvioida, koska kotihoidon kokonaiskustannuksista ei havaintojen mukaan ole kenelläkään kunnollista näkemystä. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011, s. 75). Heinolan (2007) mukaan kustannustarkastelun haasteena on hoitomallien heikko vertailtavuus, joka johtuu asiakkaiden palvelutarpeen heterogeenisuudesta ja asiakasrakenteen vakioinnin puutteesta. Valtiontalouden tarkastusviraston (2011, s. 75) mukaan kustannusvertailu kuntien välillä on lähes mahdotonta kotihoidon sisällön kuntakohtaisten erojen vuoksi.

Valtiovallan palvelurakenneuudistuksen taustalla on keskeisenä oletuksena se, että kotihoito sitoo vähemmän resursseja kuin laitoshoido ja on siten kustannustehokkaampaa. Vaikka asiasta ei ole kunnollista näyttöä, vain harvat ovat kyseenalaistaneet tämän näkemyksen. Asiasta on tehty kuitenkin joitakin yleisen näkemyksen vastaisia havaintoja, jotka viittaavat siihen, että kotihoito ei ole niin kustannustehokasta kuin uskotaan. Esimerkiksi Valtiontalouden tarkastusviraston (2011) havaintojen mukaan kotihoito ei ole enää palveluasumista edullisempaa, jos asiakkaan luona käydään 3-4 kertaa päivässä ja neljäs käynti on yökäynti, tai jos asiakkaan kotihoidon tarve ylittää 61 tuntia kuukaudessa. Kokonaiskustannusten vertailussa pitää huomioida hoitomuodon kustannusten lisäksi myös se, kuinka paljon asiakkaat kuormittavat muita terveysterveysten palveluita. Jarkko Lumion (2015) selvitys ”Laitoksesta kotiin – syntyikö säästöjä?” kartoitti ikäihmisten palveluiden muutosten kokonaiskustannusvaikutuksia Tampereella vuosina 2009 – 2014. Yksi selvityksen keskeisistä havainnoista oli, että kotihoidon asiakkaat kuormittivat erikoissairanhoidon yksiköitä viisi kertaa enemmän kuin tehostetun palveluasumisen tai vanhainkodin asukkaat. Kotihoidon asiakkaille tuli siis sairaalavuorokausia viisi kertaa enemmän kuin palveluasumisen tai vanhainkotien asiakkaille. Selvityksessä kotihoidon asiakkaiden sairaalajaksojen kustannus nousi jopa korkeammaksi kuin varsinaisen kotihoidon. Huomiotaessa erikoissairanhoidosta syntyvät kustannukset kotihoito tuli Tampereen tapauksessa tehostettua palveluasumista tai vanhainkotia kalliimmaksi jo kahdella päivittäisellä käynnillä. (Lumio 2015). Tämä tulos ei välttämättä tarkoita sitä, että ympärivuorokautista hoivaa kannattaisi suosia enemmän, vaan se saattaa myös kertoa kehittämisen tarpeesta ja epäoptimaalisista toimintatavoista kotihoidossa. Tampereen tapauksessa kuin myös valtakunnan tasolla kotihoidon asiakaskunta on hyvin polarisoitunutta. Kalleimmat 17,3 % kotihoidon asiakkaista aiheuttivat Tampereella puolet kaikista kotihoidon kustannuksista. Näiden paljon hoitoa vaativien asiakkaiden hoitomuodon valinnalla on suuri vaikutus eri hoitomuotojen kustannuksiin.

Kotihoitopalveluiden tuottajan suorat kustannukset muodostuvat palveluiden toteuttamiseksi tarvittavista resursseista, kuten henkilökunta, kulkuneuvot, lääkkeet ja hoitoon ja

raportointiin liittyvät laitteet ja materiaalit. Myös ympärivuorokautisessa hoidossa käytetään samoja resursseja, mutta niiden lisäksi se edellyttää investointeja infrastruktuuriin, kuten vanhainkoteihin tai palveluasumisen yksiköihin. Valtiontalouden tarkastusraportin (2011) mukaan kotihoidon kustannuksia suhteessa ympärivuorokautiseen hoitoon nostavat muun muassa seuraavat tekijät:

- Asiakkaiden asuessa omissa kodeissaan ympäri kaupunkia ja haja-asutusalueita osa työntekijöiden työajasta menee matkoihin. Tämä supistaa asiakkaan luona vietettyä aikaa, jolloin yksi työntekijä kykenee vastaamaan harvempien asiakkaiden tarpeisiin.
- Hoitajien liikkuminen paikasta toiseen edellyttää investointeja liikkumisen mahdollistaviin välineisiin kuten polkupyöriin, autoihin ja matkalippuihin.
- Asiakkaiden kuljettaminen muun muassa ikääntyneiden päivätoimintaan, saunaan tai erikoishoitoihin aiheuttaa lisäkustannuksia.
- Asiakkaiden ruokahuollon varmistamiseksi asiakkaille toimitetaan monissa tapauksissa ateriat omiin koteihin eri puolille kuntaa.
- Hoitajien on kyettävä hoitamaan laaja kirjo erilaisia terveydenhuollon tehtäviä. Hoitajien osaamisen ajan tasalla pitämisestä syntyy kustannuksia.
- Kotona asumisen mahdollistamiseksi joissakin tapauksissa voi olla tarpeen tehdä muutostöitä ikääntyneen kotona, jolloin kustannus tulee valtion maksettavaksi. (Valtiontalouden tarkastusraportti 2011).

Niin kotihoidossa kuin ympärivuorokautisessa hoivassakin peritään asiakkailta tämän tulosotasesta riippuvia asiakasmaksuja hoitopalveluista. Nämä asiakasmaksut mutkistavat kustannusvertailua eri hoitomuotojen välillä. Se, mikä hoitomuoto missäkin tapauksessa on kustannustehokkain, riippuu asiakkaan hoidon tarpeesta. Lumion (2015) selvityksen mukaan Tampereella oli lähes 1000 kotihoidon asiakasta, joiden hoidon kustannukset ovat kalliimmat kuin halvimmissa ympärivuorokautisen hoidon muodoissa (Lumio 2015, s. 34). Tämä osoittaa, että kustannustehokkuutta voidaan parantaa valitsemalla hoitomuoto asiakkaan palveluntarpeen mukaan, ja reagoimalla nopeasti hoidon tarpeessa tapahtuviin muutoksiin. Kustannusrakennetta tarkasteltaessa on pidettävä mielessä, että kotihoito ja omassa kodissa asuminen on monen ikääntyneen oma toive (Andersson 2007). Inhimillisistä syistä hoitoa ei voida aina toteuttaa kustannustehokkaimmalla tavalla.

Suomen vanhuspalvelustrategiaa ja tavoitteita on edellä käsitelty ennen kaikkea ylätason palvelu- ja kustannusrakenteen näkökulmasta. Tarkasteltaessa hoidon tavoitteita kotihoidon yksikön tasolla havaitaan, että hoidon tavoitteet riippuvat siitä, kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Eri tahojen tavoitteet ovat joiltakin osin myös ristiriidassa. Hoitoa voidaan suunnitella ja toteuttaa eri toimijoiden näkökulmasta (Hammar 2008, s. 24-25). Niin kotihoidon asiakkaalla, hoitajalla, omaisilla kuin yhteiskunnallakin on oma näkemyksensä siitä, mikä on kotihoidon tavoite. Valtion intresseissä on täyttää tehtävänsä sosiaali- ja terveystalouden tarjoajana kustannustehokkaasti (Thomé et al. 2003, s. 865,

STM ja Suomen kuntaliitto 2008, s. 50-51). Kotihoidon asiakkaat taas toivovat itselleen optimaalista terveydentilaa, elämänlaadun säilyttämistä ja parantamista, sekä itsenäisyyden säilyttämistä (Thomé et al. 2003, s. 865; Paljärvi 2012, s. 21;). Kotona asumisen mahdollistaminen on yhteinen tavoite sekä yhteiskunnalle että kotihoidon asiakkaalle (Thomé et al. 2003, s. 865). Omaisten näkökulmasta hoidossa korostuu asiakkaan suoriutuminen päivittäisessä elämässä ja omaisten tukeminen ikääntyneen hoidossa. Hoitajat puolestaan määrittelevät toimintaansa asiakkaan tarvitseman palvelun kokonaisuudesta vastaamisena. (Hammar 2008, s. 24-25). Selkein ristiriita tavoitteissa on valtion kustannustehokkuuspyrkimysten ja kotihoidon asiakkaan elämänlaadun parantamiseen liittyvien toiveiden välillä.

Moniselitteisten ja kontekstisidonnaisten tavoitteiden vuoksi myös hoidon laadun käsitettä on vaikea määritellä (Paljärvi 2012, s. 31). Valtakunnallisessa ikäihmisten laatusuosituksessa laatu on määritelty palvelun kyvyksi vastata järjestelmällisesti asiakkaiden taroituksenmukaisesti arvioituihin palvelutarpeisiin vaikuttavasti, säännösten mukaan ja kustannustehokkaasti (STM ja Suomen Kuntaliitto 2008, s. 50-51). Asiakasnäkökulmaa, asiakkaiden osallisuutta ja vaikutusvaltaa ollaan alettu korostaa enenevässä määrin hoitopalvelujen laadun kehittämisessä (Paljärvi 2012 s. 31). Hoitotyössä ikääntynyt on oman hoitonsa subjekti, jonka näkemysten tulee ohjata koko prosessia: kokonaisvaltaisen arvioinnin pohjalta rakentuvaa yksilöllisten tarpeiden mukaan räätälöityä hoitoa (Hartikainen et al. 2008, s. 13). Marja Vaarama ja Lauri Ylönen (2006, s. 14) määrittelevät hoidon hyvän laadun asiakkaan näkökulmasta toiminnaksi, joka huomioi asiakkaiden toiveet, on ammattitaitoista, arvostaa asiakasta, on ymmärtävää, kuuntelevaa, luotettavaa, rehellistä ja huolehtii myös asiakkaan kodin puhtaudesta. Tällaisen toiminnan lopputuloksena on hyvinvointivaikutus, joka näkyy asiakkaan hyvinvointina ja parempana elämänlaatuna. (Vaarama & Ylönen 2006, s. 14). Asiakasnäkökulman korostamista hankaloittaa se, että ikääntyneiden itsensä on vaikea arvioida saamaansa palvelua kokemansa kiitollisuudenvelan vuoksi (Carr-Hill 1992).

3 ASIAKASARVO KOTIHOIDON KENTÄSSÄ

3.1 Asiakasarvon käsite ja määritelmä

Asiakasarvo-termin käyttö alkoi yleistyä 90-luvun alkupuolella, kun yritykset etsivät kilpailuetua asiakaskeskeisyydestä sisäisten laatu- ja tehokkuustekijöiden sijaan (Woodruff 1997, s. 139). Tutkijat, jotka ovat tunnistanee yhteyksiä asiakasarvon, asiakastyytyväisyyden, asiakasuskollisuuden ja yrityksen menestyksen välillä, ovat tehneet tärkeää työtä asiakasarvoajattelun yleistymisen taustalla. Esimerkiksi Reichheld ja Sasser (1990) havaitsivat, että Xeroxin täysin tyytyväiset asiakkaat tilasivat jatkossakin Xeroxin palveluja kuusi kertaa todennäköisemmin kuin asiakkaat, jotka olivat vain tyytyväisiä. Galen (1997, s. 18) mukaan ennen asiakasarvoajattelun yleistymistä yritykset ja tutkijat keskittyivät asiakastyytyväisyyteen. Asiakastyytyväisyyskeskeisessä ajattelussa painotetaan sitä, miten yhtiön asiakkaat pidetään tyytyväisinä saamiinsa tuotteisiin ja palveluihin, ja siten yhtiön asiakkaina myös tulevaisuudessa. Asiakastyytyväisyysajattelun pohjalta kehittänyt asiakasarvoa painottava ajattelumalli lähestyy asiakkaiden tarpeita strategisemmasta näkökulmasta: asiakasarvo keskittyy siihen, millä perustein asiakkaat tekevät valintansa kilpailevien toimittajien tarjoomien välillä. (Gale 1997, s. 18). Tarjoomalla tarkoitetaan sitä konkreettisista ja abstrakteista elementeistä muodostuvaa kokonaisuutta, jonka asiakas saa hankkiessaan tuotteen tai palvelun. Tarjooma voi olla esimerkiksi yhdistelmä tuotteita, palveluja, tietoa ja kokemuksia. (Kotler & Keller 2006, s. 25).

90-luvun puolivälistä lähtien asiakasarvon käsitettä ja määritelmää on tutkittu runsaasti (kts. esim. Woodruff 1997; Anderson & Narus 1998; Lapierre 2000a; Ulaga 2003; Khalifa 2004; Ulaga & Eggert 2006). Ylivoimaisen asiakasarvon luominen on tunnistettu lukuisissa liiketoimintastrategiaa käsittelevissä teoksissa yhdeksi menestyvän yrityksen strategian avainelementiksi ja keinoksi luoda kestävä kilpailuetua (kts. esim. Porter 1996, Woodruff 1997, Parasuraman 1997, Laitamäki & Kordupleski 1997, Van Der Haar et al. 2001; Huber et al. 2001). Asiakasarvon strategisen merkityksen tunnistamista seurasi erilaisten asiakasarvomallien ja asiakasarvon määrittämismenetelmien kehittäminen (kts. esim. Higgins 1998; Lapierre 2000b; Ulaga & Chacour 2001; Smith & Colgate 2007; Lindgreen et al. 2009). Asiakasarvomalleja käytetään työkaluna tarjooman asiakasarvon tunnistamiseen, kehittämiseen ja viestimiseen (Gale 1997, s. 18; Woodruff 1997, s. 144; Laitamäki & Kordupleski 1997, s. 165).

Asiakasarvo-termin yksikäsitteinen määrittely on ollut tutkijoille haasteellista 90-luvulta lähtien. Asiakasarvo-termillä ei ole määritelmää, jonka voisi sanoa olevan tutkijoiden keskuudessa yleisesti hyväksytty (Woodruff 1997; Parasuraman 1997; Smith & Colgate 2007; Gil-Saura et al. 2009). Woodruffin (1997 s. 141) ja Parasuramanin (1997, s. 154) mukaan asiakasarvon määrittelemiseen käytetään usein termejä kuten hyöty, etu ja laatu,

joita ei myöskään ole määritelty selkeästi. Parasuramanin (1997, s.154) mukaan termin määrittelyn ongelmana on, että asiakasarvo mielletään usein liian suppeasti, esimerkiksi vain tuotteiden ominaisuuksien pohjalta. Suomala et al. (2011 s. 318) toteavatkin asiakasarvon olevan hankalasti jäsenneltävä ja mitattava käsite. Asiakasrvo on ilmiönä subjektiivinen, dynaaminen ja kontekstisidonnainen, mikä tekee termin määrittelystä haastavaa (Woodruff 1997; Flint & Woodruff 2001). Van Der Haar et al. (2001, s. 629) väittävät jopa, että käsitteiden konkreettisten määritelmien puuttumisen vuoksi asiakasarvoajattelun soveltaminen liike-elämässä on jäänyt jälkeen tutkimuksesta. Käsitteiden tasolla asiakasarvon tutkimus on vielä alkuvaiheessa (Smith & Colgate 2007, s. 7).

Hyvin laveasti ilmaistuna asiakasarvo voidaan määritellä teoreettisena käsitteenä, jolla ilmaistaan asiakkaan näkemys tarjoomasta (Huber et al. 2001, s. 43). Tarkan määrittelyn haasteellisuuden vuoksi monet tutkijat ovat pyrkineet rakentamaan yhteistä maaperää tunnistamalla ominaisuuksia, jotka asiakasarvoon voidaan kiistatta liittää. Woodruffin (1997, s. 141) mukaan tällaisia ominaisuuksia ovat:

- 1) Asiakasrvo liittyy jonkin tuotteen tai palvelun käyttöön.
- 2) Tarjooman asiakasarvon määrittelevät aina asiakkaat.
- 3) Asiakasrvo määräytyy vaihtokauppana niiden asioiden väillä, jotka asiakas saa hankkimastaan tarjoomasta (hyödyt) ja joista hän joutuu luopumaan saadakseen kyseisen tarjooman (uhraukset). (Woodruff 1997, s. 141).

Myös Ulaga (2003, s. 678) on esittänyt vastaavan kiteytyksen asiakasarvon määritelmiä yhdistävistä asiakasarvon ominaisuuksista. Ulagan listaus on monilta osin yhtenevä Woodruffin kuusi vuotta aiemmin esittämän kanssa, mutta Ulaga on täydentänyt listaa muutamilla uusilla näkemyksillä. Ulagan mukaan asiakasarvon ominaisuuksia ovat:

- 1) Asiakasrvo on subjektiivinen käsite.
- 2) Asiakasrvo käsitteellistetään hyötyjen ja uhrausten välisenä vaihtokauppana.
- 3) Asiakasrvoon liittyvät hyödyt ja uhraukset voivat olla monitahoisia.
- 4) Kilpailevat tarjoomat vaikuttavat asiakasarvon kokemiseen. (Ulaga 2003, s. 678).

Tämän tutkimuksen kontekstissa asiakasarvon ominaisuuksista korostuu erityisesti se, että asiakasarvo on luonteeltaan subjektiivinen ja sen kokemiseen vaikuttavat henkilön omat arvot ja asenteet. Tämän vuoksi tuotteen toimittaja tai kehittäjä ei voi kokea tarjooman asiakasarvoa samalla tavalla kuin asiakas. (Woodruff 1997, s. 141). Jotkin asiakasarvon elementit voivat olla jonkin asiakkaan kohdalla epärelevantteja. Esimerkiksi sähkövirran tekemiseen käytettävän bensakäyttöisen aggregaatin asiakasarvo helsinkiläiselle kerrostaloasukkaalle on suurella todennäköisyydellä pienempi kuin Turun saaristossa sähköverkon ulkopuolella asuvalle mökkeilijälle. Kerrostaloasukas saa sähköä pis-

torasiasta aina halutessaan, mutta mökkeilijälle aggregaatti mahdollistaa sähköllä toimivien laitteiden kuten porakoneen ja kahvinkeitin käyttöön. Tämän perusteella voitaisiin olettaa, että mökkeilijä kokee aggregaatin asiakasarvon kerrostaloasukasta suurempana.

Näiden ominaisuuksien lisäksi useat tutkijat ovat todenneet, että asiakasarvo voi muuttua ajan myötä (kts. esim. Parasuraman 1997, s. 155; Busacca et al. 2008, s. 166). Busaccan et al. (2008, s. 166) mukaan yksilön arvokokemus on kognitiivinen ilmiö, ja sen vuoksi se muuttuu ajan myötä yksilön sisäisten ja ulkoisten tekijöiden muutosten myötä. Tällainen sisäinen tekijä voi olla esimerkiksi yksilön oppiminen. Ulkoisia tekijöitä ovat esimerkiksi teknologiset innovaatiot tai taloudelliset, sosiaaliset tai kulttuurilliset muutokset. (Busacca et al. 2008, s. 166).

Tarkasteluajankohta vaikuttaa myös siihen, mikä on asiakasarvon muodostumismekanismi. Asiakas tekee ostopäätöksen yleensä ennen, kuin hän on päässyt kokeilemaan tuotetta. Ostopäätös tehdään siis asiakkaan mielikuviin perustuvan odotetun asiakasarvon (expected customer value) perusteella. Varsinaisen asiakasarvokokemuksen (received value tai perceived value) asiakas voi kuitenkin kokea vasta tuotteen tai palvelun hankkimisen jälkeen, kun tuotetta tai palvelua käytetään. Asiakasvokokemukseen vaikuttaa se, millaisena asiakas kokee toteutuneen asiakasarvokokemuksen suhteessa odottamaansa kokemukseen. (Van der Haar et al. 2001, s. 630). Tässä tutkimuksessa asiakasarvolla viitataan nimenomaan saavutettuun asiakasarvoon, ellei toisin mainita.

Tässä työssä asiakasarvo määritellään Woodruffin (1997), Ulagan (2003) ja Kotlerin & Kellerin (2006) määritelmiä mukaillen: asiakasarvo mielletään asiakkaan kokemien hyötyjen ja uhrausten erotuksena. Termin määrittely siten, että määritelmä kiteyttäisi termin kaikki merkitykset ja ulottuvuudet, ei ole tämän tutkimuksen kontekstissa tarpeellista. Tämän määritelmän merkitystä syvennetään vielä käsiteltäessä asiakasarvon elementtien tunnistamiseen tässä työssä käytettävää hyöty-uhraus-mallia. Asiakasvokokemuksen elementillä tarkoitetaan asiakkaan asiakasarvokokemuksesta eriteltävissä olevaa yksittäistä hyöty- tai uhrauskokemusta. Asiakasvokokemus muodostuu kaikkien yksittäisten asiakasarvon elementtien yhteisvaikutuksen tuloksena. Hyödyillä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa mitä tahansa positiivisia asioita, joita asiakas kokee tarjooman avulla saavuttavansa. Hyödyt voivat olla esimerkiksi taloudellisia tai sosiaalisia. Uhraukset puolestaan ovat mitä tahansa negatiivisia asioita tai kustannuksia, joita tarjooman käytöstä tai sen hankkimisesta aiheutuu. Uhrauksiin lukeutuu tarjooman hankintahinnan lisäksi tarjooman hankkimisesta aiheutuvia ei-rahallisia tekijöitä kuten aikaa ja energiaa (Van der Haar et al. 2001, s. 628; Kotler & Keller 2006, s. 141).

3.2 Asiakasvokomallit ja viitekehukset

Asiakasarvokomalli on tietoon perustuva esitys tarjooman asiakasarvosta. Asiakasvokomalleja voidaan käyttää useisiin eri tarkoituksiin. Niitä voidaan käyttää strategisen pohdinnan

tukena tai tuotekehityksessä mietittäessä uudelta tuotteelta tai palvelulta vaadittavia ominaisuuksia (Khalifa 2004, s. 649-652). Tämän lisäksi asiakasarvomallien avulla voidaan viestiä asiakkaille tuotteen tai palvelun arvo. Andersonin ja Naruksen (1998, s. 64) mukaan asiakasarvomallien luominen on erityisen kriittistä, kun tarjooma muodostuu uudesta teknologiasta tai on muita markkinoilta löytyviä vaihtoehtoja kalliimpi. Tällaisissa tilanteissa asiakasarvomallin avulla voidaan siirtää asiakkaan huomio tuotteen tai palvelun hinnasta asiakkaan saamaan arvoon. (Anderson & Narus 1998, s. 64)

Yksiselitteisen asiakasarvon määritelmän puute näkyy myös erilaisten asiakasarvomallien suurena määränä. Khalifan (2004, s. 647) mukaan teoreettiset asiakasarvomallit voidaan jakaa yleisellä tasolla kolmeen kategoriaan: 1) arvokomponenttimalleihin (value components models), 2) utilitaristisiin malleihin (utilitarian models) ja 3) keino-päämäärä-malleihin (means-ends models). Yksikään näistä malleista ei sellaisenaan kuvaa asiakasarvoa kokonaisvaltaisesti, ja siksi niiden käytettävyys on rajallinen. Jokainen malli korostaa jotakin asiakasarvon ominaisuutta, ja jättää samalla toiset pienemmälle huomiolle. (Khalifa 2004, s. 647).

Arvokomponenttimallien (kts. esim. Rust & Oliver 2000) keskeinen hyöty on, että ne selittävät, miksi jokin tuotteen tai palvelun ominaisuus johtaa asiakkaan tyytyväisyyteen tai tyytymättömyyteen. Näiden mallien heikkous on, että ne keskittyvät yksinomaan hyötyihin, ja sivuuttavat kokonaan asiakasarvoon vaikuttavat uhraukset. Arvokomponenttimallit käsittelevät ennen kaikkea asiakkaan odotuksia ennen ostopäätöstä eikä niinkään tuotteen tai palvelun käytön aikana syntynyttä asiakasarvokokemusta. Arvokomponenttimallit ovatkin käytännöllisiä ennen kaikkea tuotekehitysvaiheessa, jolloin mietitään tuotteelta tai palvelulta vaadittavia ominaisuuksia. (Khalifa 2004, s. 648-649). Arvokomponenttimallit eivät sovellu tässä työssä kehitettävän asiakasarvomallin perustaksi, koska myös uhrausten ymmärtäminen on työn tavoitteiden saavuttamiseksi välttämätöntä.

Keino-päämäärä-mallit (kts. esim. Huber et al. 2001) perustuvat oletukselle, että asiakkaat käyttävät tuotteita ja palveluita keinona saavuttaa haluamiaan päämääriä. Keino-päämäärä-mallit täydentävät muista malleista saatavaa asiakasarvokäsitystä selittämällä, miksi asiakkaat painottavat ostopäätöstä tehdessään hyödyn eri elementtejä eri tavoin. Myös näiden mallien heikkoutena on se, että ne eivät huomioi asiakkaalle aiheutuvia uhrauksia. Siten keino-päämäärä-mallit eivät myöskään mahdollista hyötyjen ja uhrausten vertailua. (Khalifa 2004, s. 653-655). Tästä syystä myöskään keino-päämäärä-mallia ei voida käyttää kehitettävän viitekehyksen pohjana, vaikkakin hyödyille annettavat painotukset ovat tämän tutkimuksen näkökulmasta sinänsä kiinnostavia.

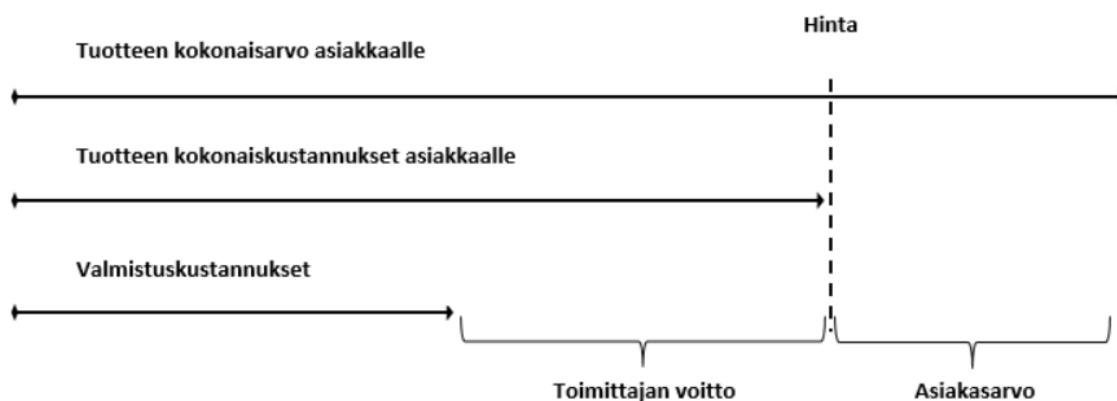
Tässä tutkimuksessa asiakasarvon käsittelynäkökulmaksi valitaan utilitaristinen malli. Utilitaristiset mallit ovat varsinkin hinnoittelun yhteydessä yleisesti käytettyjä. Mallit perustuvat toimittajan tarjoomasta tietylle asiakkaalle syntyvien hyötyjen ja uhrausten arviointiin (Anderson & Narus 1998, s. 54). Utilitaristisissa malleissa asiakasarvo mielletään

tyypillisesti asiakkaan kokemien hyötyjen ja uhrausten erotuksena tai suhteena. Utilitarististen mallien vahvuus on, että niitä voidaan hyödyntää asiakassuhteen elinkaaren eri vaiheissa. Käyttämällä mallissa odotettuja hyötyjä ja uhrauksia voidaan sen avulla selittää asiakkaan ostokäyttäytymistä ja päätöksentekoprosessia. Jos mallissa taas käytetään asiakkaan kokemia hyötyjä ja uhrauksia, pystytään sillä analysoimaan asiakkaan tuotteesta tai palvelusta käytön aikana saamaa arvokokemusta. Utilitarististen mallien avulla voidaan siis tarkastella asiakasarvoa pidemmällä ajanjaksolla kuin arvokomponenttimalleilla tai keino-päämäärä malleilla. Horovitzin (2000) mukaan asiakasarvon tarkasteleminen pitkällä aikajänteellä mahdollistaa asiakkaan uhrauksien tarkastelemisen hetkellisen uhrauksien toteuman sijaan total cost of ownership –näkökulmasta (kts. Khalifa 2004, s. 651). Utilitaristisia malleja on kritisoitu siitä, että ne eivät pysty yksiselitteisesti osoittamaan, miten asiakasarvo muodostuu hyödyistä ja uhrauksista. Onko asiakasarvo hyötyjen ja uhrausten erotus vai suhde vai syntyykö se jonkin muun funktion tuloksena? (Parasuraman 1997). Lisäksi utilitarististen mallien ei ole koettu huomioivan asiakasarvon dynaamisista luonnetta riittävästi. Siitä huolimatta, että niitä voidaan hyödyntää tuotteen tai palvelun elinkaaren eri vaiheissa, ne ovat kuitenkin staattisia kuvauksia asiakkaan sen hetkisestä arvokokemuksesta tai –odotuksesta, eivätkä ne ota huomioon tulevia muutoksia, jotka voivat vaikuttaa arvioijan kokemukseen. Utilitaristiset mallit eivät myöskään selitä hyötyjen ja uhrausten eri elementtien vaikutusta asiakkaan käyttäytymiseen. (Khalifa 2004, s. 652). Tässä tutkimuksessa ei tutkita asiakasarvon muuttumista ajan kuluessa eikä ole myöskään tarpeen ymmärtää asiakasarvon vaikutusta asiakkaan käyttäytymiseen, joten utilitaristinen malli soveltuu käytettäväksi kehitettävän viitekehyksen perustana.

Yksi yleisimmin käytetyistä utilitaristisista malleista on hyöty-uhraus-malli. Hyöty-uhraus mallissa asiakasarvo mielletään asiakkaan saamien hyötyjen ja uhrausten erotuksena. Anderson ja Narus (1998, s. 54) rajaavat mallin koskemaan pelkästään tarjoaman rahallisia hyötyjä ja uhrauksia. Suositumpi lähestymistapa sisällyttää malliin rahallisten hyötyjen ja uhrausten lisäksi myös ei-rahalliset ja abstraktit asiakasarvon elementit. Tällaisia asiakasarvon elementtejä ovat esimerkiksi tuotteen tai palvelun hankkimisesta tai käytöstä aiheutuva vaiva (Butz & Goodstein 1996; Grönroos 1997; Woodruff 1997; Kotler & Keller 2006, s. 141). Tässä tutkimuksessa esiteltävä asiakasarvon muodostumisen viitekehys perustuu malliin, jossa huomioidaan kaikki asiakasarvon elementit riippumatta siitä, ovatko ne rahallisia vai ei-rahallisia.

Suomala et al. (2011, s. 318-323) tarkastelevat asiakasarvoa strategisen johdon laskenta-toimen näkökulmasta. He esittävät yksinkertaisen hyöty-uhraus-mallin sovelluksen ja siihen perustuvan viitekehyksen, josta voidaan hahmottaa toimittajan kustannusten ja arvontuottamisen yhteyksiä (kuva 5). Viitekehys perustuu kolmeen asiakasarvon muodostumiseen vaikuttavaan elementtiin. Nämä elementit ovat toimittajan valmistuskustannukset, tuotteen kokonaiskustannukset asiakkaalle ja tuotteen kokonaisarvo asiakkaalle. Asiakasvokirjallisuuden termin tuotteen kokonaisarvo asiakkaalle on hyötyjen summa ja tuotteen kokonaiskustannukset asiakkaalle vastaavat uhrausten summaa. Suomalainen et

al. (2011) viitekehyksessä esitetään erikoistapaus, jossa tuotteen hinta on ainoa uhraus, jonka asiakas joutuu tekemään tuotteen saadakseen. Hyöty-uhraus malleille tyypilliseen tapaan asiakasarvo muodostuu hyötyjen ja uhrausten erotuksena. Viitekehyksessä on myös esitetty, kuinka toimittajan voitto muodostuu tuotteen hinnan ja sen valmistuskustannusten erotuksena. Tämä ei kuitenkaan ole tämän tutkimuksen kontekstissa kiinnostavaa. Tässä esitetyn Suomalan et al. (2011) viitekehysten kanssa samankaltaisia, mutta asiakasarvon eri ominaisuuksia korostavia esityksiä ovat kehittäneet muun muassa Groth (1994) ja Parolini (1999) Khalifan (2004 s. 653) mukaan.



Kuva 5. Asiakasarvon muodostuminen (mukaillen Suomala et al. 2011, s. 319)

Suomalainen et al. (2011) viitekehys osoittaa myös, että asiakasarvon muodostuminen voidaan esittää havainnollisesti kuvan avulla. Asiakasarvon muodostumista havainnollistavissa palkkikuvioissa hyötyjä ja uhrauksia kuvaavat palkit jaotellaan usein eri arvoelementteihin (kts. esim. Lapierre 2000b). Arvoelementit voidaan jaotella esimerkiksi tärkeysjärjestykseen tai ryhmitellä ne niiden luonteen perusteella tai analysoida, mille asiakasorganisaation taholle mikäkin arvon elementti kohdistuu. Kuvioihin, joissa asiakasarvo esitetään hyötyjen ja uhrauksien erotuksena liittyy yhteismitallistamisen haaste. Jos asiakasarvo halutaan määrittää vertailemalla hyötyjen ja uhrausten suuruutta, täytyy niille pystyä antamaan jokin arvo. Usein hyödyt ja uhraukset ovat kuitenkin luonteeltaan kvalitatiivisia ja hankalasti kvantifioitavia. Esimerkiksi psykologisille ja sosiaalisille tekijöille kuten työntekijöiden työtyytyväisyydelle tai päättäjän pelolle muiden arvostelua kohtaan on vaikeaa asettaa numeerista arvoa.

Vaikka viitekehysten avulla ei pystyttäisikään osoittamaan asiakasarvon suuruutta, voidaan niiden avulla ymmärtää ne kategoriat ja ulottuvuudet, joissa asiakasarvon arviointi tehdään (Smith & Colgate 2007, s. 8). Hyöty-uhraus malliin perustuvat viitekehykset, joilla pyritään saavuttamaan syvällisempi ymmärrys arvonmuodostumisprosessista, erittelevät arvon suuruuteen vaikuttavat elementit. Esimerkiksi Lapierre (2000b) jaottelee asiakasarvon muodostumista IT-sektorilla kuvaavassa viitekehyksessään asiakasarvon elementit niiden lähteen perusteella ja päätyy esittämään arvoelementit eräänlaisena 3x2-

matriisina (kuva 6). Hän tunnistaa arvon lähteinä tuotteen, palvelun ja asiakas-toimittajasuhteen. Asiantuntijahaastatteluiden perusteella tunnistetut arvoelementit esitetään matriisin kentissä. Lapierrin (2000b) viitekehys ei ota kantaa hyötyjen ja uhrausten suuruuteen tai niiden suhteeseen, mutta se esittää, mistä elementeistä kumpikin niistä muodostuu.

Arvon lähde	Hyötyelementit	Uhrauselementit
Tuote	Tuotteen laatu, tuotteen räätälöintimahdollisuudet, toimittajan tuotevalikoima	Tuotteen hinta
Palvelu	Reagointikyky, joustavuus, luotettavuus, tekninen kyvykkyys	Palveluiden hinta
Asiakas-toimittajasuhde	Toimittajan yrityskuva, kyvykkyys ja solidaarisuus, luottamus	Aika, vaiva ja energia, konfliktit, toimintakustannukset

Kuva 6. Asiakasarvon elementit ja lähteet (mukaillen Lapierre 2000b)

Kumpikaan tässä esitetyistä viitekehyksistä ei sovellu sellaisenaan kuvaamaan asiakasarvon muodostumista kotihoidon toimintaympäristössä. Tässä tutkimuksessa hyödynnetään samankaltaista hyöty- ja uhrauselementit erittelevää matriisimaista esitystapaa kuin Lapierrin (2000b) viitekehyksessä, mutta matriisin toinen ulottuvuus rakennetaan täsmällisemmin hoiva-alalle sopivaksi ja arvoelementtien luokittelua täsmennetään. Asiakasarvoa tulee sen moniulotteisuuden vuoksi tutkia asiakassegmentti- ja tuotetyyppikohtaisesti (Sinhan & DeSarbon 1998).

3.3 Asiakasarvon muodostuminen kotihoidon kentässä

Porterin (2010, s. 1) mukaan arvon luominen ei ole ollut keskeisenä kiinnostuksen kohteena terveydenhuollossa. Hänen mukaansa terveydenhuoltoon suhtaudutaan tämän seurauksena edelleen enemmänkin taiteena kuin tieteenä. (Porter 2010, s. 1). Tätä tutkimusta varten toteutetussa kirjallisuuskatsauksessa tehtiin samankaltaisia havaintoja. Asiakasarvoajattelu ei ole yleistä ikääntyneiden hoidossa Suomessa. Asiakasarvo-termiä ei havaittu käytettävän suomenkielisissä hoitoalan julkaisuissa. Asiakaslähtöisyyden käsite sen sijaan on yleisesti käytetty. Tähän lienee osaltaan vaikuttanut se, että STM ja Suomen Kuntaliitto ovat käyttäneet termiä näkyvästi laatusuosituksissaan (kts. esim. STM ja Suomen Kuntaliitto 2013, s. 60). Vaikka asiakaslähtöisyys ja asiakasarvo ovat termeinä joiltakin

osin rinnakkaisia, eroavat ne toisistaan siinä, että asiakaslähtöisyydellä korostetaan ennen kaikkea asiakkaan mielipiteen huomioimista ja hänen osallistamistaan, kun taas asiakasarvo korostaa prosessin tuotoksia suhteessa panoksiin. Dávalos et al. (2009, s. 935) toteavat, että hyötyjen ja uhrausten rahallista arvoa tarkastelevat asiakasarvoanalyysit ovat harvinaisia myös eHealth-ratkaisujen yhteydessä. He arvelevat sen johtuvan analyysien tietointensiivisyydestä ja teknisyydestä tai haluttomuudesta yhdistää rahallisia arvoja terveydentilan paranemisen kaltaisille tuloksille. (Dávalos et al. 2009, s. 935). Sen lisäksi, että asiakasarvoajattelu on julkisessa kotihoidossa harvinaista, liittyy kotihoitoympäristöön muitakin tekijöitä, jotka tekevät siitä asiakasarvon tarkastelun kannalta poikkeuksellisen ja mielenkiintoisen ympäristön.

Kotihoitoon liittyy useita sidosryhmiä. Kotihoito on palvelun tuottajien ja asiakkaiden lisäksi myös mm. poliittisten päättäjien, omaisten ja rahoittajien intresseissä. Julkisrahoitteisena toimintana kotihoito on kaikkien veronmaksajien, eli koko yhteiskunnan kiinnostuksen kohteena. Kotihoitoa voidaan tarkastella eri sidosryhmien näkökulmasta, ja jokaisessa näkökulmassa korostuvat eri asiat. Myös asiakasarvon muodostumismekanismi ja elementit, jotka siihen vaikuttavat ovat erilaisia riippuen tarkastelunäkökulmasta. On tärkeää ymmärtää myös se, että vaikka palvelua tuotetaan kotihoidon asiakkaille, ei voida olettaa, että he itse tietäisivät, mikä heille on heidän terveydentilansa kannalta parasta. Tämän seurauksena syntyy asiakasarvon näkökulmasta ristiriitaisia tilanteita, joissa hoitaja terveysalan ammattilaisena tekee ratkaisuja, jotka todellisuudessa hyödyttävät asiakasta, mutta asiakas kokee nämä ratkaisut asiakasarvoa pienentävinä. Kotihoidon asiakas voi esimerkiksi kokea hoitajan kanssa tehtävän kävelylenkin luovan hänelle eniten arvoa, mutta hoitaja tietää haavaliinon vaihtamisen merkivään makuuhaavaan infektion välttämiseksi olevan terveyden ja hyvinvoinnin kannalta tärkeämpää, ja siten luovan asiakkaalle enemmän arvoa.

Dávalos et al. (2009) korostavat, että tehtäessä, mitä tahansa arviota hyödyistä ja uhrauksista on keskeisen tärkeää määritellä ja rajata sidosryhmät, joiden näkökulmasta analyysi tehdään (Dávalos et al. 2009, s. 936). Jonkin sidosryhmien kokemat hyödyt voivat olla toiselle sidosryhmälle epärelevantteja tai jopa uhrauksia. Omassa tutkimuksessaan Dávalos et al. (2009) tarkastelevat eHealth-ratkaisujen hyötyjä ja uhrauksia asiakkaan, palveluntuottajan ja rahoittajan näkökulmasta. Asiakasarvoa voidaan tarkastella myös yhteiskunnallisella tasolla, jolloin huomioidaan kaikkien sidosryhmien hyödyt ja uhraukset. (Dávalos et al. 2009, s. 936). Tässä tutkimuksessa kehitettävään viitekehykseen sisällytetään samat tarkastelunäkökulmat kuin, mitä Dávalos (2009) käytti tutkimuksessaan. Koska tämän tutkimuksen tarkastelunäkökulmaksi on rajattu vain kotihoito-organisaation näkökulma, pelkistetään viitekehys tutkimuksen empiriaosiossa koskemaan vain palveluntarjoajan näkökulmaa.

Puhuttaessa valtion varoista rahoitettavasta toiminnasta on huomioitava, että kotihoito-organisaatioon kohdistuvat kustannusvaikutukset vaikuttavat koko yhteiskunnan kustannuksiin. Palveluntarjoajan kustannusvaikutuksia tarkasteltaessa on huomioitava, että jotkin kustannusvaikutukset voivat olla kustannusten siirtoja toisiin terveydenhuollon yksiköihin, jolloin yksikön kustannusvaikutuksilla ei olekaan kustannusvaikutusta yhteiskunnan tasolla (kts. Dávalos 2009, s 936). Tällaisesta kustannusten siirrosta on kyse, jos esimerkiksi päätetään siirtää huonokuntoiset kotihoidon asiakkaat terveyskeskuksen vuodeosastolle. Tässä tilanteessa kotihoitoyksikön kulut pienenevät ja terveyskeskuksen kasvavat, eikä voida puhua todellisesta kustannussäästöstä.

Se, että julkisen kotihoidon rahoittaja on eri taho kuin palvelun vastaanottaja, luo asiakasarvon muodostumiselle oman erikoispiirteensä. Tyypillisestihän se taho, joka maksaa palveluista myös vastaanottaa ne. Puhtaasti asiakasarvon näkökulmasta tarkasteltaessa toimintaa rahoitetaan, koska sillä pyritään saavuttamaan yhteiskunnalle säästöjä. Perinteisten hyöty-uhras-mallien mukaan palveluntuottajan kannattaa lisätä asiakkaan palvelusta saamia hyötyjä niin kauan, kuin se pystytään tekemään siten, että asiakkaalle siitä aiheutuvat uhraukset ovat hyödyn lisäystä pienemmät. Toiminnan rahoittajan ja asiakasarvon kokijan ollessa kaksi eri tahoa tämä ajattelutapa ei päde. Ainakin teoriassa toiminnan rahoittaja tarkastelee ja optimoi hyötyjä ja uhrauksia omasta näkökulmastaan, jolloin hänen kannattaa lisätä panostuksiaan eli uhrauksia vain niin kauan kuin hän saa siitä uhrausta suuremman hyödyn. Lainsäädäntö ja sosiaaliset ja poliittiset tekijät aiheuttavat toki sen, että kotihoidon rahoittajat eivät voi todellisuudessa toimia tämän ajattelutavan mukaisesti.

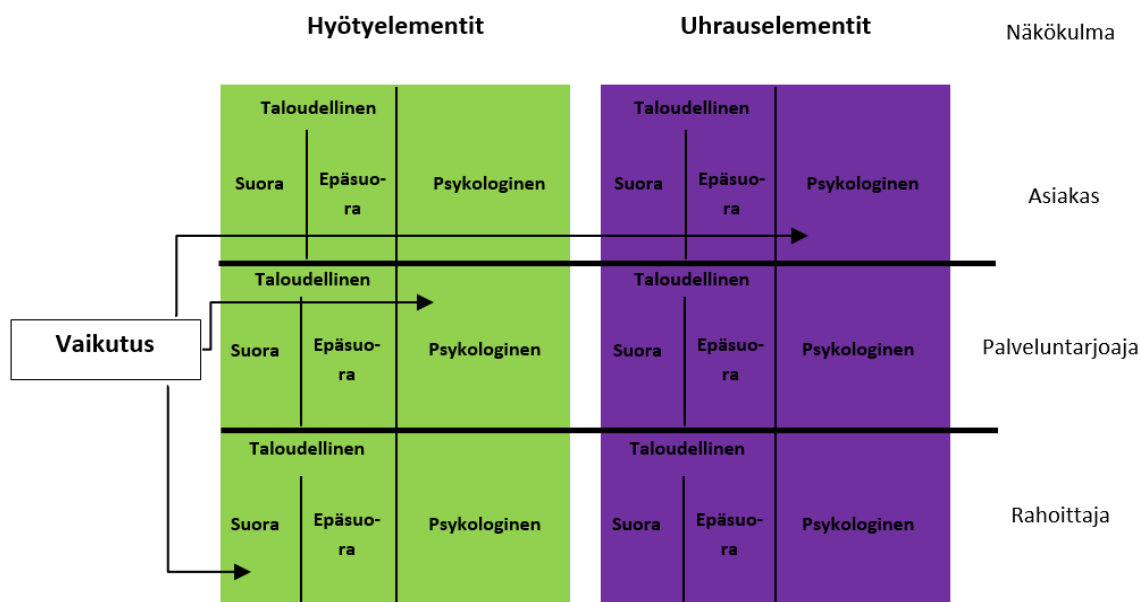
Aiemmin esitetyssä Lapierrin (2000b) viitekehyksessä asiakasarvoelementit luokiteltiin niiden lähteen perusteella tuotteesta, palvelusta tai asiakas-toimittajasuhteesta kumpuaviksi arvoelementeiksi. Tällaista arvoelementtien luokittelua voidaan tehdä monin eri perustein. Kirjallisuudessa on esitetty muun muassa seuraavia luokittelutapoja:

1. Funktionaaliset, sosiaaliset, emotionaaliset, tietoon perustuvat ja ehdolliset hyödyt (Sheth et al. 1991, kts. Gilly 1992)
2. Taloudelliset, strategiset ja sosiaaliset hyödyt (Wilson & Jantrania 1994)
3. Tuotteeseen, palveluun ja asiakas-toimittajasuhteeseen liittyvät hyödyt ja uhraukset (Lapierre 2000b)
4. Suorat ja epäsuorat taloudelliset tekijät sekä psykologiset uhraukset (Grönroos 1997).

Tämän tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet huomioiden ei ole tarpeen luoda liian monimutkaista menetelmää arvoelementtien jaotteluun. Sen vuoksi luotavassa viitekehyksessä jaotellaan arvoelementit niiden luonteen ja havainnoitavuuden perusteella yksinkertaisesti suoriin ja epäsuoriin taloudellisiin sekä psykologisiin elementteihin. Psykologisten

arvoelementtien määrittelyä laajennetaan sisältämään myös muun muassa Shethin et al. (1991, kts. Gilly 1992) sekä Wilsonin ja Jantrianin (1994) esittämät sosiaaliset, emotionaaliset ja muut kognitioon perustuvat tekijät, mikä mahdollistaa Grönroosin (1997) esittämän luokittelun käyttämisen uhrausten lisäksi myös hyötyjen luokitteluun. Lähestymistapa arvoelementteihin on siis samankaltainen kuin Grönroosin (1997) esittelemä menetelmä, jota hän käytti liike-elämän asiakas-toimittajasuhteessa syntyvien uhrauksien käsittelyyn, mutta tässä tutkimuksessa Grönroosin esittelemät uhrauksen elementit on otettu käyttöön myös hyötyjen luokittelussa.

Kuvassa 7 on esitetty aiemman asiakasarvokirjallisuuden pohjalta luotu julkisen kotihoidon kenttään räätälöity viitekehys, jolla esitetään, kuinka asiakasarvo muodostuu kotihoidon kentässä. Asiakasarvon hyöty- ja uhrauselementit on esitetty erillään. Viitekehys on esitetty matriisina, joka ei ota kantaa arvoelementtien suuruuteen, Lapierrin (2000b) käyttämän esitystavan mukaisesti. Kotihoidon toimintakentässä syntyvän asiakasarvon keskeiset tarkastelunäkökulmat ovat asiakkaan, palveluntarjoajan ja rahoittajan näkökulmat. Lisäksi kunkin sidosryhmän kokemat hyöty- ja uhrauselementit on luokiteltu niiden luonteen ja havainnoitavuuden perusteella suoriksi ja epäsuoriksi taloudellisiksi sekä psykologisiksi hyödyiksi ja uhrauksiksi Grönroosin (1997) käsittelytapaa mukaillen. Samaa arvoelementtien luokittelumenetelmää sovelletaan kaikkien sidosryhmien kohdalla. Näin voidaan tehdä, sillä jokaisen valituista sidosryhmistä voidaan tulkita olevan hoitoprosessissa joko asiakkaan tai toimittajan roolissa. Grönroos (1997) kehitti luokittelumenetelmän nimenomaan arvoelementtien luokitteluun asiakas-toimittajasuhteessa.



Kuva 7. Asiakasarvon muodostuminen julkisen kotihoidon toimintakentässä.

Viitekehystä voidaan laajentaa lisäämällä siihen muiden prosessissa asiakas- tai toimittajaroolissa olevien näkökulmia. Esimerkiksi kotihoidon asiakkaiden omaisten voidaan katsoa olevan palveluntarjoajan asiakkaita. Sen vuoksi omaisten näkökulman lisääminen viitekehykseen on luonnollinen seuraava askel kehitettäessä mallin kokonaisvaltaisuutta.

Viitekehyksessä on havainnollistettu esimerkinomaisesti asiakasarvon muodostumisprosessia merkitsemällä siihen kotihoitoon tarjottavan tuotteen tai palvelun vaikutus, ja tunnistamalla, mitä elementtejä tästä vaikutuksesta seuraa. Tässä tutkimuksessa tutkitaan nimenomaan kotihoito-organisaatiolle tarjottavan palvelun vaikutuksia hoitoprosesseihin, ja niiden myötä syntyvää asiakasarvoa.

Viitekehystä sovellettaessa on hyvä huomata, että yhdestä vaikutuksesta voi seurata hyötyjä ja uhrauksia eri sidosryhmille. Jos esimerkiksi jonkin tuotteen tai palvelun vaikutuksena asiakkaan tarvitsemien kotikäyntien lukumäärä pienenee, voi siitä seurata samanaikaisesti hoitajan psykologinen hyöty vähentyneen kiireen myötä, rahoittajan taloudellinen hyöty hoidon tarpeen vähenemisen myötä sekä asiakkaan psykologinen uhraus päivittäisten ihmiskontaktien vähenemisen myötä. Asiakasarvon muodostuminen tällaisessa tilanteessa on havainnollistettu esimerkinomaisesti nuolien avulla kuvassa 7.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Interventio

Asiakasarvo kotihoidon kentässä on monimutkainen ilmiö. Kirjallisuuskatsauksen perusteella sitä ei ole aiemmin tutkittu, eikä asiakasarvon muodostumista tässä ympäristössä ole yritetty mallintaa. Tässä tutkimuksessa rakennetaan aiempaa asiakasarvokirjallisuutta soveltamalla ja yhdistelemällä viitekehys, joka mallintaa tapahtumaketjua, jonka seurauksena muodostuu eHealth-ratkaisun asiakasarvo kotihoitoympäristössä. Vaikka viitekehys perustuu aiempaan kirjallisuuteen, sen syntyyn on vaikuttanut ja sen kehitystyötä on ohjannut tutkijan lähes kolmen vuoden interventio case-yrityksessä. Tutkijan ymmärrys asiakasarvon muodostumisesta on syntynyt yli 30 kotihoito-organisaation johtajan ja vaikuttajan kanssa käydyistä keskusteluista, kahdesta kotihoitoyksikössä vietetystä työvuorosta sekä case-yrityksen johdon kanssa käydyistä jatkuvista epävirallisista keskusteluista. Se, että viitekehyksen luomisessa on käytetty rinnakkain aiempaa kirjallisuutta ja interventiota, lisää lopputuloksen robustisuutta. Kahden menetelmän käyttäminen vähentää yksittäiseen menetelmään liittyvien heikkouksien vaikutusta. Kahden menetelmän käyttäminen parantaa siten lopputuloksen laatua ja mahdollistaa triangulaation (Heale & Forbes 2013).

Interventionistisessa tutkimuksessa tutkija on aktiivinen toimija ja hän on osana tapahtumien kulkua. Tässä roolissa tutkijalla on luontainen taipumus tarkastella tapahtumia ikään kuin sisäpiiriläisen näkökulmasta. (Jönsson & Lukka 2007, s. 374). Jönssonin ja Lukan (2007, s. 374) mukaan interventionistista tutkimusta tehtäessä on tärkeää, että muut toimijat kokevat tutkijan riittävän asiantuntevaksi ja luontaiseksi osaksi tutkittavaa toimintaympäristöä. Tällöin muut toimijat kokevat tutkijan kanssa toimimisen ja kommunikoinnin luontaiseksi, ja siten tutkija pääsee käsiksi tutkimuksen kannalta hyödylliseen tietoon. (Jönsson & Lukka 2007, s. 374). Suomalain ja Lyly-Yrjänäisen mukaan (2012, s. 2) tutkijan osallistuessa työskentelyyn kohdeorganisaatiossa hänet tulkitaan ikään kuin organisaation resurssina. Tämän myötä kohdeorganisaatiot päästävät tutkijan käsiksi syvälliseen tietoon. (Suomala & Lyly-Yrjänäinen 2010, s. 2). Tästä sisäpiiriläisyydestä huolimatta tutkijan on kyettävä tarkastelemaan asioita objektiivisesti, jotta hän voi yhdistää havaintonsa teoriaan. (Jönsson & Lukka 2007, s. 374). Interventionistinen tutkimus mahdollistaa myös tutkimustulosten ja luodun teorian välittömän validoimisen, mikä lisää tutkimustyön relevanssia ja tehokkuutta (Suomala & Lyly-Yrjänäinen 2012).

4.2 Tutkimuksen empiriaosan lähestymistapa

Asiakasarvon elementit ovat luonteeltaan ja havainnoitavuudeltaan erilaisia. Hoitoprosessien muutoksista seuraavat taloudelliset hyödyt ja uhraukset voidaan tunnistaa parhaimmillaan hyvinkin suoraviivaisesti, kun taas psykologisten arvoelementtien tunnistaminen vaatii yksilön henkilökohtaisten kokemusten analysointia.

Kokemusten tutkiminen on vaikeaa. Kokemus on monikerroksinen ja monimutkainen ilmiö. Polkinghornen (2005, s. 138) mukaan kokemus syntyy jatkuvana virtana, eikä sitä ole mahdollista pysäyttää tutkimista varten. Toisin kuin luonnonilmiöt kokemus ei ole selkeärakenteinen, eikä sitä voi selittää kaavojen avulla. Kokemus on ilmiönä syvä ja siihen liittyy paljon tietoa. Kyselyt, joihin vastataan lyhyillä vastauksilla, keräävät ilmiöstä vain pintapuolista tietoa, eikä niillä siksi onnistuta pureutumaan aiheeseen syvällisesti. Kokemusten tutkiminen vaatii aineiston, joka on peräisin tutkittavan kohteen syvällisestä tarkastelusta ja siksi se kerätään usein haastatteluiden avulla. (Polkinghorne 2005, s. 138).

Tässä tutkimuksessa käsitellään hoitajien kokemuksia, ja asiakasarvon luomista moniulotteisessa kontekstissa. Sen vuoksi tutkimus päätettiin toteuttaa kvalitatiivisin menetelmin. Kvalitatiivisten menetelmien käytön katsotaan soveltuvan monimutkaisten ilmiöiden tutkimiseen, kun ilmiön ymmärtämisessä tulee ottaa huomioon useita eri muuttujia (Matthyssens & Vandernbempt 2003). Kvalitatiiviset menetelmät soveltuvat erityisen hyvin monimutkaisten ilmiöiden tutkimiseen (Saunders et al. 2009, s. 324). Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoite on selittää ilmiöt, kuten ihmiset ovat ne kokeneet (Polkinghorne 2005, s. 138). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkastellaan tyypillisesti pientä määrää tapauksia, ja ne pyritään analysoimaan mahdollisimman perusteellisesti. Kvalitatiivinen tutkimus sopii hyvin käytettäväksi tutkimusalueilla, joista ei vielä tiedetä juuri mitään (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, s. 66). EHealth-ratkaisujen asiakasarvoa kotihoitoon toimintakentässä ei ole tutkittu paljoa, joten kvalitatiivinen tutkimusote soveltuu siinäkin mielessä hyvin tämän tutkimuksen tutkimusmenetelmäksi.

Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena ei pääsääntöisesti ole tehdä koko populaation kattavia yleistyksiä, vaan ne perustuvat tyypillisesti ei-edustavasta otoksesta saatuihin havaintoihin (Saunders et al. 2009, s. 327). Kvalitatiivisella tutkimuksella pyritään ymmärtämään, mikä tutkittavassa ilmiössä on merkittävää, ja voidaanko siinä havaita säännönmukaisuuksia. Kvalitatiiviselle tutkimukselle on ominaista, että tutkimussuunnitelma voi muuttua työn aikana, mikä johtaa siihen, että tutkimuksessa ei ole erotettavissa selkeitä yksi toisensa jälkeen suoritettavia vaiheita. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistonkeruu sekä sen analyysi ja tulkinta tapahtuvat usein samanaikaisesti (Gummesson 2005, s. 312).

Tutkimuskohteena on case-yrityksen eHealth-ratkaisun vaikutukset case-asiakkaan kotihoitoyksiköiden hoitoprosesseihin, sekä niistä kumpuava asiakasarvokokemus. Tutkimus

on case-tutkimus. Tutkimuksen aineisto perustuu case-asiakkaan kolmen kotihoitotiimin kokemuksiin case-yrityksen eHealth-ratkaisun käytöstä yhteensä seitsemän case-asiakkaan kotihoidon asiakkaan hoidossa.

4.3 Aineistonkeruumenetelmät, tutkimuskohteet ja aineisto

Tämän tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastatteluja, jotka mahdollistivat epämuodollisen ja joustavan tutkimusotteen. Teemahaastatteluissa ei tyypillisesti käytetä ennalta määriteltyä kysymyslistaa, vaan tutkija varmistaa, että haastattelutilanteen aikana käydyssä keskustelussa käsitellään kaikki ennalta määritellyt teemat (Saunders et al. 2009, s. 321). Teemahaastattelun etuna on, että se ei ota kantaa siihen, kuinka ”syvälle” johonkin aiheeseen keskustelussa mennään. (Hirsjärvi & Hurme 2000, s. 48; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, s. 125). Asiakasarvokokemukset ovat monimutkaisia ilmiöitä, ja niiden selvittäminen voi vaatia paljonkin keskustelua. Sen vuoksi teemahaastattelu sopii hyvin käytettäväksi asiakasarvokokemuksen selvittämisessä. Teemahaastatteluiden käyttö hoitotieteissä on erittäin yleistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, s. 126).

Hoitohenkilökunta on oman alan ja omien kokemustensa parhaita tuntijoita. Sen vuoksi he saattavat haastattelutilanteessa tuoda esiin näkökulmia, joita tutkija ei ole etukäteen osannut odottaa. Jotta tietoa saadaan kerättyä ennakoimattomistakin asioista, tulee tutkijan pystyä näissä tilanteissa poikkeamaan haastattelurungosta ja esittämään lisäkysymyksiä, ja näin varmistamaan, että ilmi tulleesta asiasta saadaan riittävästi tietoa. Strukturoidut haastattelumuodot eivät mahdollista tämän kaltaista soveltamista ja tilanteen mukaan etenemistä. Sen vuoksi strukturoidut menetelmät eivät sovellu käytettäväksi tiedonkeruumenetelmänä tässä tutkimuksessa.

Polkinghorne (2005, s. 141) toteaa tutkimuskohteiden löytämisen olevan välillä hankalaa. Sen lisäksi että tutkija löytää vaatimuksiin sopivan tutkimuskohteen, kohteen täytyy myös suostua tutkittavaksi, ja olla halukas uhraamaan aikaansa haastatteluihin. (Polkinghorne 2005, s. 141). Alkuperäinen suunnitelma oli, että tutkimuksen aineisto kerättäisiin usealta case-asiakkaalta. Suostumuksen saaminen kotihoitoyksiköiltä osoittautui kuitenkin odotettua haastavammaksi ja odotettua enemmän aikaa vieväksi. Kriteeriksi tutkimuskohteille asetettiin, että yksikön pitää olla käyttänyt case-yrityksen eHealth-ratkaisua hoitoprosesseissaan vähintään neljä kuukautta mutta kuitenkin alle vuoden. Tällä pyrittiin varmistamaan, että yksikölle on kertynyt riittävästi kokemuksia palvelun käytöstä. Yksikön ei kuitenkaan haluttu käyttäneen palvelua yli vuoden ajan, koska silloin olisi vaarana, että henkilöstö ei enää muistaisi luotettavasti, millaista hoitotyö oli ennen palvelun käyttöönottoa, eikä siten pystyisi kertomaan palvelun vaikutuksista.

Koska tutkimusluvan saaminen kotihoito-organisaatioilta osoittautui haastavaksi, aineistonkeruu jouduttiin toteuttamaan yhdellä case-asiakkaalla. Case-asiakkaaksi valikoitui Oulun kaupungin kotihoito. Oulun kaupunki oli toinen organisaatio, jonka kanssa tutkimuksen toteuttamisesta yritettiin sopia. Ensimmäisen organisaation kohdalla tutkijan laatima tutkimussuunnitelma hylättiin liian suppeana. Tutkimusluvan saamista vaikeutti todennäköisesti myös se, että tutkija työskentelee case-yrityksessä, minkä vuoksi hänen puolueettomuuttaan saatettiin epäillä. Myös Oulun kaupunki vaati nähdä tutkimussuunnitelman ja haastatteluiden rungon ennen tutkimusluvan myöntämistä. Oulun tapauksessa lupa kuitenkin myönnettiin nopeasti vaadittujen materiaalien toimittamisen jälkeen. Tutkimusluvan saamisen jälkeen haastattelut järjestyivät vaivattomasti. Tutkijan yhteyshenkilönä toiminut case-yrityksen eHealth-ratkaisun käyttöönottoprojektin projektipäällikkö Oulun kaupungin kotihoidosta oli yhteydessä hoitotiimeihin, selitti haastateltaville tutkimuksen luonteen ja järjesti tapaamiset tutkijan kanssa haastattelujen toteuttamista varten.

Haastattelussa kartoitettiin kotihoitotiimien kokemuksia case-yrityksen eHealth-ratkaisun käytöstä. Haastateltavat olivat hoitajia ja hoitajien esimiehiä kolmesta Oulun kaupungin hyvinvointipalveluiden hoitotiimistä. Kyseiset hoitotiimit valikoituivat tutkimuksen kohteeksi, koska ne olivat ainoat tiimit, joilla case-yrityksen eHealth-ratkaisu oli aineiston keruun aikaan käytössä. Tutkimuksen kohteena olevat hoitotiimit numeroidaan, ja niihin viitataan jatkossa hoitotiiminä 1, hoitotiiminä 2 ja hoitotiiminä 3. Ensimmäisestä hoitotiimistä haastateltiin palveluesimiestä, toisesta case-yrityksen eHealth-ratkaisun käytöstä vastaavaa hoitajaa ja kolmannesta palveluesimiestä ja noin kymmentä hoitajaa. Hoitotiimin 2 haastattelu toteutettiin puhelimitse. Kahdessa ensimmäisessä haastattelussa käytetty suuntaa antava haastattelurunko on esitetty liitteessä 1. Kolmas haastattelu oli ryhmähaastattelu. Ryhmähaastattelussa käytiin läpi samat teemat kuin yksilöhaastatteluissakin. Haastattelut aloitettiin haastateltavan tai haastateltavien taustaa ja roolia käsittelevillä taustatietokysymyksillä, jotka toimivat samalla lämmittelykysymyksinä. Seuraavaksi käsiteltiin case-yrityksen eHealth-ratkaisun käyttöön liittyviä taustatekijöitä, kuten palvelun käytölle asetettuja tavoitteita. Taustatekijöitä haluttiin selvittää, koska niillä on vaikutusta siihen, miten palvelua käytetään, ja siten myös vaikutusta tuloksiin. Kolmantena teemana keskusteltiin monipuolisesti case-yrityksen eHealth-ratkaisun vaikutuksista hoitoprosesseihin kunkin loppukäyttäjän kohdalla. Neljäntenä ja viimeisenä teemana käsiteltiin, millaisena hoitajat ovat kokeneet palvelun arvon.

Taulukossa 1 esitetään yhteenveto haastatteluiden ajankohdista, haastateltavien rooleista hoitotiimeissä sekä haastattelun toteutustavoista ja -paikoista. Kaikki haastattelut toteutettiin yhden päivän aikana 11.2.2016 Oulussa. Hoitotiimin 1 haastattelu toteutettiin hoitotiimin tukikohtana toimineen ikääntyneiden palvelukeskuksen tiloissa palveluesimiehen työhuoneessa. Tila oli rauhallinen, eikä haastattelun aikana ilmennyt häiriötekijöitä. Haastattelun aikana huoneessa oli paikalla myös yksikössä työharjoittelua suorittanut hoitajaopiskelija, joka ei kuitenkaan osallistunut haastatteluun, vaan oli pelkästään kuunteli-

jan roolissa. Haastattelu kesti 36 minuuttia. Hoitotiimin 2 haastattelu toteutettiin puhelinhaastatteluna. Haastateltava oli haastattelun aikana hoitotiimin tiloissa oleskelualueella. Haastattelija puolestaan oli Oulun kaupungin kotihoidon tiloissa. Haastattelijan puhelimessa oli kaiutin päällä, ja haastattelua kuunteli myös case-yrityksen eHealth-ratkaisun käyttöönottoprojektin projektipäällikkö. Haastateltavan hoitoyksiköissä käynnissä olleesta muutosta syntynyt melu aiheutti haastattelun aikana muutamaa otteeseen vähäistä häiriötä. Haastattelu kesti 25 minuuttia. Kolmas haastattelu toteutettiin hoitotiimin taukotiloissa. Paikalla oli palveluesimiehen, noin kymmenen hoitajan ja haastattelijan lisäksi myös case-yrityksen eHealth-ratkaisun käyttöönottoprojektin projektipäällikkö sekä hänen kollegansa. He eivät osallistuneet haastatteluun, vaan olivat ennen kaikkea kuuntelijan ja tarkkailijan roolissa. Haastattelu kesti 58 minuuttia. Kaikki haastattelut nauhoitettiin litterointia varten.

Taulukko 1. Haastatteluiden tiedot

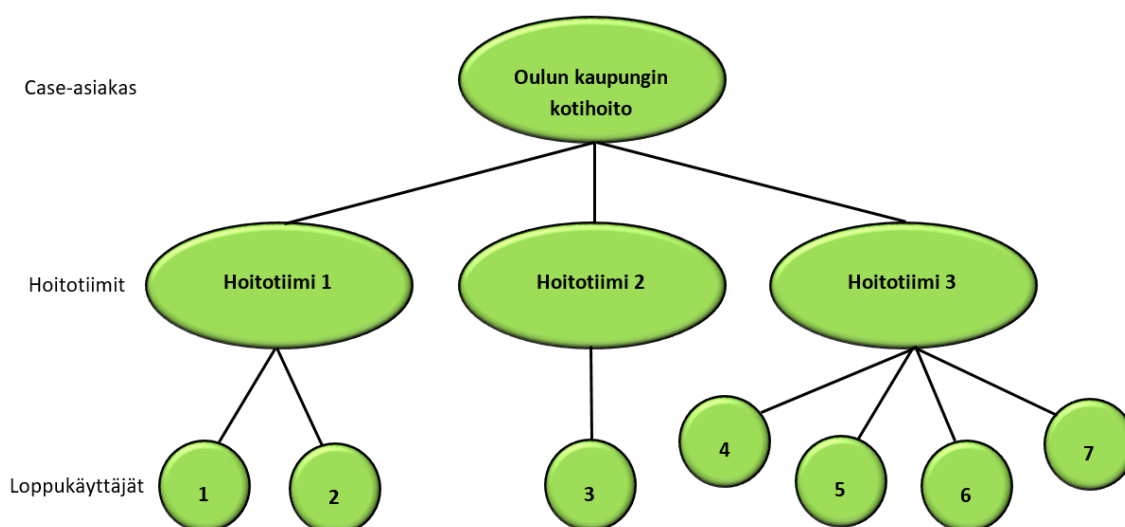
	Haastattelu-päivämäärä	Haastateltavien henkilöiden asema tiimissä	Haastattelun toteutustapa ja -paikka	Haastattelun kesto
Hoitotiimi 1	11.2.2016	Palveluesimies	Haastattelu palvelukeskuksen tiloissa	36 min
Hoitotiimi 2	11.2.2016	Evondos-palvelun käytöstä vastaava hoitaja	Puhelinhaastattelu	25 min
Hoitotiimi 3	11.2.2016	Noin 10 hoitajaa ja palveluesimies	Ryhmähaastattelu hoitotiimin tiloissa	58 min

Haastattelut litteroitiin viikon sisällä haastatteluista. Lisäksi haastattelija teki muistiinpanoja haastatteluiden aikana, jotta haastattelijan haastattelutilanteessa tekemät havainnot voidaan palauttaa mieleen myöhemmin.

Aineiston analyysi muodostui kuvassa 8 esitetyistä kolmesta analyysin tasosta. Analyysiyksikköinä oli seitsemän case-yrityksen eHealth-ratkaisun loppukäyttäjää. Loppukäyttäjällä tarkoitetaan kotihoidon asiakasta, jonka hoidossa hyödynnetään case-yrityksen eHealth-ratkaisua. Ehealth-ratkaisun vaikutukset hoitoprosesseihin tunnistettiin kunkin loppukäyttäjän kohdalla. Nämä seitsemän loppukäyttäjää olivat jakaantuneet kolmeen hoitotiimiin. Hoitajien kokema eHealth-ratkaisun asiakasarvo loppukäyttäjien hoidossa tunnistettiin näiden hoitotiimien tasolla. Johtopäätelmissä tulosten analyysi tehtiin case-asiakkaan näkökulmasta.

Aineiston analyysi aloitettiin luomalla kuvaus jokaisen analyysiin sisällytettävän loppukäyttäjän toimintakyvystä ja hoidon tarpeesta. Kuvausten tarkoitus on antaa lukijalle käsitys ympäristöstä, jossa palvelua on käytetty. Sellaiset loppukäyttäjät, joilla palvelu oli

ollut käytössä alle kuukauden, karsittiin aineistosta, koska näissä tapauksissa loppukäyttäjän katsottiin olevan vielä palvelun käyttöönotto- ja opetteluvaiheessa. Näissä tapauksissa ei voitu olla varmoja siitä, että hoitajille on kertynyt riittävässä määrin kokemuksia palvelun käytöstä kyseisten loppukäyttäjien kohdalla, jotta he voisivat arvioida palvelun vaikutuksia. Seuraavaksi kutakin loppukäyttäjää koskeva aineisto käytiin läpi ja selvitettiin, miten palvelu on vaikuttanut hoitoprosesseihin kunkin kohdalla. Kertaluontoisia tai vain satunnaisesti ilmenneitä vaikutuksia, ei tulkittu vaikutuksiksi, sillä tutkimuksessa pyritään selvittämään case-yrityksen eHealth-ratkaisun aikaansaamia pysyviä hoitoprosessien muutoksia.



Kuva 8, Analyysin tasot.

Vaikutusten tunnistamisen jälkeen selvitettiin tutkimuksen teoriaosiossa luotua viitekehystä hyödyntäen, mitä asiakasarvon elementtejä kustakin havaitusta vaikutuksesta kunkin havaitsijan kohdalla seurasi. Koska tässä tutkimuksessa tutkitaan palvelua kotihoito-organisaation näkökulmasta, rajataan viitekehyksestä asiakkaan ja rahoittajan näkökulmat pois. Palveluntarjoajan näkökulman mielletään tässä tutkimuksessa tarkoittavan taloudellisten arvoelementtien osalta koko kotihoito-organisaation kustannuksiin vaikuttavia tekijöitä. Psykologiset arvoelementit puolestaan muodostuvat organisaatiossa työskentelevien yksilöiden kokemusten myötä. Psykologisten arvoelementtien suhteen tiedostetaan, että organisaatioon kuuluvat yksilöt kokevat arvon eri tavoin. Case-yrityksen eHealth-ratkaisun aikaansaamista vaikutuksista kumpuavien asiakasarvokokemusten tunnistamiseksi käsiteltiin jokainen tunnistettu vaikutus luodusta viitekehyksestä johdetun tiedonkäsittelytaulukon avulla. Tiedonkäsittelytaulukko ja esimerkki sen käytöstä on esitetty taulukossa 2. Esimerkissä kuvataan, mitä asiakasarvoelementtejä syntyy case-yrityksen eHealth-ratkaisuun sisältyvän viestintätoiminnon mahdollistaman muistutusviestien lähettämisen myötä. Aineistosta käy ilmi, että viestintäominaisuuden avulla jotkin käynnit ollaan voitu korvata hoitajan tietokoneella tai älypuhelimella lähettämällä muistutusviestillä. Tästä on seurannut suoraa taloudellista hyötyä hoito-organisaatiolle, koska

käyntejä on voitu vähentää, ja psykologista hyötyä hoitajien koettua työn sujuvuuden lisääntyneen.

Tiedonkäsittelytaulukoiden avulla palvelun käytöstä seuranneet asiakasarvokokemukset pystyttiin analysoimaan, ja selvittämään, mistä arvoelementeistä asiakasarvo on muodostunut. Luonteeltaan dynaamisia, ehdollisia tai spekulatiivisia yhteyksiä vaikutusten ja arvoelementtien välillä ei analysoitu. Vaikutukset, jotka muuttivat hoitajilta jonkin tehtävän tekemiseen vaadittua aikaa, tulkittiin suoraksi taloudelliseksi hyödyksi tai uhraukseksi. Suorilla taloudellisilla hyödyillä ja uhrauksilla viitataan siis tehtävien suorittamiseen liittyviin työaikasäästöihin tai työajan tarpeen lisääntymiseen. Suuressa mittakaavassa työajan tarpeen muutosten kustannusvaikutus on ilmeinen, koska se vaikuttaa henkilöstömitoitukseen. Case-asiakkaan kohdalla palvelun käyttö oli pienimuotoista, minkä vuoksi työajan tarpeen ja kustannusten välisen riippuvuuden näyttäminen olisi ollut hyvin haastavaa. Sen vuoksi suorilla taloudellisilla hyödyillä ja uhrauksilla viitataan tässä tutkimuksessa tehtävien suorittamiseksi vaadittavan ajan vähenemiseen tai lisääntymiseen. On selvää, että case-yrityksen eHealth-ratkaisun kuukausimaksuista aiheutuu taloudellinen uhraus hoito-organisaatiolle. Kuukausimaksut eivät kuitenkaan ole seurausta hoitoprosessien muutoksista, joten ne jätetään tarkastelun ulkopuolelle.

Taulukko 2. Esimerkki tiedonkäsittelytaulukon käytöstä.

Vaikutus	Hyödyt			Uhraukset		
	Taloudellinen		Psykologinen	Taloudellinen		Psykologinen
	Suora	Epäsuora		Suora	Epäsuora	
Asiakasta pystytään muistuttamaan asioista ilman, että hänen luonaan tarvitsee käydä	x		x			

Monimutkaisia epäsuorien kustannusvaikutusten muodostumismekanismeja ei myöskään käsitelty. Lääkkeiden aiempaa täsmällisemmän ottamisen tulkittiin kuitenkin johtavan epäsuoraan taloudelliseen hyötyyn. Tämä yhteys on tunnistettu ja osoitettu lukuisissa tutkimuksissa (kts. esim. Sokol et al. 2005; Roebuck et al. 2011; Jha et al. 2012). Esimerkiksi Roebuck et al. (2011) tutkivat yli 135 000 kroonisia sydän- ja verisuonisairauksia sairastavaa henkilöä Yhdysvalloissa vuosina 2005-2007. He havaitsivat, että siitä huolimatta, että lääkkeiden täsmällinen syöminen lisää lääkkeiden kulutusta ja siten myös niihin liittyviä kustannuksia, sillä aikaansaadaan merkittävät kokonaissäästöt, sillä lääkkeensä täsmällisesti syövät henkilöt tarvitsevat vähemmän sairaala- ja tehohoitoa. (Roebuck et al. 2011).

Taloudellisten ja psykologisten arvoelementtien tunnistamiseksi täytettiin yhteensä 22 tiedonkäsittelytaulukkoa. Kun kaikki aineiston pohjalta tunnistetut vaikutukset ja niistä seuranneet asiakasarvoelementit oli käsitelty, koottiin tulokset yhteen synteesiä ja johtopäätöksiä varten.

4.4 Luotettavuuden arviointi

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida useiden tekijöiden perusteella tutkimuksen eri vaiheissa. Luotettavuuteen vaikuttavat valinnat, joita tutkija tekee tutkimusmetodologian, aineistonkeruumenetelmien ja aineiston analyysin suhteen. Menetelmävalintojen lisäksi myös tutkijan tekninen suoritus esimerkiksi huolellisuuden ja toimintatapojen osalta vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida muun muassa tutkimuksen uskottavuuden, siirrettävyyden ja varmuuden perusteella (Saunders et al. 2009, s. 326; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, s. 198).

Tutkimuksen uskottavuus liittyy siihen, että päätyisivätkö muut samanlaisen tutkimuksen suorittavat tukijat samoihin tuloksiin (Easterby-Smith et al. 2008). Uskottavassa tutkimuksessa työn vaiheet on kuvattu niin selkeästi, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, s. 198). Tämän tutkimuksen uskottavuutta pyrittiin parantamaan monilla toimenpiteillä. Tutkijan aineistosta tekemien tulkintojen oikeellisuus tarkistettiin antamalla case-asiakasta koskevat osiot case-asiakkaan luettavaksi. Case-asiakkaalta saatiin palautetta tuloksista useaan otteeseen, ja tekstin ilmaisuja muutettiin ja täsmennettiin, kunnes ne hyväksyttiin. Tutkimuksen uskottavuus olisi vielä paremmalla tasolla, mikäli palautetta tehdyistä tulkinnoista oltaisiin saatu kaikkien haastattelujen osalta suoraan haastateltavilta henkilöiltä. Nyt palautetta saatiin hoitotiimin 1 palveluesimieheltä, ja kahden muun haastattelun osalta case-yrityksen eHealth-ratkaisun käyttöönottoprojektissa projektipäällikkönä toimineelta case-asiakkaan työntekijältä ja hänen kollegaltaan. Näin toimittiin case-asiakkaan vaatimuksesta. Tulkinnot tarkastanut ja hyväksynyt projektipäällikkö oli kuitenkin mukana haastatteluissa, joten hänen voidaan olettaa olevan kykenevä tarkastamaan tehdyt johtopäätökset. Tämä on kuitenkin huomioitava tutkimuksen luotettavuutta heikentävänä tekijänä.

Aineiston ja tulosten suhteen ymmärrettävä kuvaaminen on yksi tärkeä luotettavuustekijä. Tutkimuksesta tulee käydä ilmi, miten tulokset on johdettu aineistosta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, s. 198). Tutkimuksen uskottavuutta tehtyjen tulkintojen osalta on parannettu liittämällä työssä käytetty haastattelurunko ja aineiston analysointiin käytetty taulukkotyökalu työhön, jolloin muut tutkijat voivat hyödyntää niitä vastaavassa tutkimuksessa, ja verrata omia tulkintojaan tässä työssä saavutettuihin tuloksiin. Tutkimusmenetelmien ja tutkimuskohteen yksityiskohtaisesta kuvailusta huolimatta on kuitenkin

kin huomattava, että asiakasarvo subjektiivisena ja ajassa muuttuvana ilmiönä ei välttämättä esiintyisi samanlaisena edes täysin vastaavassa tutkimusympäristössä ja -asetelmassa.

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan myös **tulosten siirrettävyyden** kannalta. Siirrettävyydellä kuvataan sitä, missä määrin tulokset ovat siirrettävissä toiseen tutkimusympäristöön (Saunders et al. 2009, s. 327). Tässä tutkimuksessa luodaan viitekehys, ja sitä testataan määrittämällä sen avulla case-asiakkaan kokema asiakasarvo. Siirrettävyyttä tarkasteltaessa tarkastellaan ensisijaisesti viitekehysten ja asiakasarvon määrittämismenetelmän siirrettävyyttä. Viitekehys on kehitetty tieteellisen kirjallisuuden pohjalta, ja siitä on keskusteltu useiden pohjoismaisten kotihoidon asiantuntijoiden kanssa. Tutkimuksen aikana ei tullut ilmi mitään sellaista, minkä vuoksi viitekehys ja asiakasarvon määrittämismenetelmä eivät olisi siirrettävissä käytettäväksi muissa pohjoismaisissa kotihoito-organisaatioissa tai muiden eHealth-ratkaisujen kohdalla.

Case-yrityksen eHealth-ratkaisun asiakasarvon siirrettävyys ei ole yhtä hyvällä tasolla. Case-asiakkaan kokeman asiakasarvon siirrettävyyteen liittyy tekijöitä, jotka heikentävät tulosten siirrettävyyttä:

1. Asiakasrvo on luonteeltaan monimuotoinen, subjektiivinen ja dynaaminen. Asiakasrvoon kokemiseen vaikuttaa ympäristön lisäksi myös muun muassa haastattelujen henkilöiden arvot ja asenteet.
2. Case-yrityksen eHealth-ratkaisun käyttö alkaa käyttöönottoprojektilla. Asiakasorganisaation käyttöönottovaiheessa tekemät valinnat, kuten käytön tavoitteet, asiakasvalinta sekä palvelua käyttävien hoitajien valinta ja koulutus vaikuttavat palvelun käyttöön ja siten myös asiakasarvokokemukseen.

Case-asiakkaan kokeman asiakasarvon siirrettävyyttä ollaan parannettu karkeistamalla tuloksia siten, että satunnaiset ja yllättävät elementit ollaan suljettu pois tuloksista. Näin ollen ainakin sellaiset asiakasarvon elementit, jotka toistuvat useiden hoitotiimien ja useiden loppukäyttäjien kohdalla, osoittavat, millaista asiakasarvoa myös muut case-yrityksen eHealth-ratkaisua käyttävät kotihoito-organisaatiot voivat saavuttaa.

Tutkimuksen luotettavuustason parantamisen kannalta olisi ollut tärkeää päästä tutkimaan laajempaa otosta. Otokseen kasvattamisen osalta haasteeksi muodostui se, että tutkija ei yrityksistä huolimatta päässyt toteuttamaan tutkimusta muissa organisaatioissa. Case-asiakkaan kohdalla aineistoa kerättiin kaikissa tiimeissä, joissa case-yrityksen eHealth-ratkaisu oli käytössä. Myös kaikki eHealth-ratkaisua vakituisesti käyttävät loppukäyttäjät analysoitiin. Toisaalta se, että aineisto alkoi saturoitumaan ja muuttujat toistumaan jo seitsemän loppukäyttäjän aineistossa osoittaa, että otoskoko on riittävä tieteellisen tutkimuksen toteuttamiseksi. Jo tällä otoksella saatiin hyvä kuva eHealth-ratkaisun mahdollisista vaikutuksista ja asiakasarvon elementeistä.

Case-asiakkaan kokemaa asiakasarvoa tarkasteltaessa on otettava huomioon joitakin tutkimusaineistoon liittyviä ominaisuuksia. Koska aineisto rajoittuu kolmen hoitotiimin kokemuksiin, yksittäisen hoitotiimin vaikutus tuloksiin on suuri. Saatuihin kokemuksiin on voinut vaikuttaa esimerkiksi se, paljonko palvelun käyttöönottoon on panostettu, mikä hoitajien asenne palvelua kohtaan on ollut ja kuinka hyvin hoitajat on saatu koulutettua palvelun käyttöön. Myös hoitotiimien toimintatavoissa on voinut olla eroja, jotka vaikuttavat tuloksiin. Tulosten kannalta on hyvä huomioida myös se, että hoitotiimien käytössä olleet lääkeautomaatit jakautuivat epätasaisesti. Hoitotiimillä 1 oli käytössään kolme lääkeautomaattia, hoitotiimillä 2 yksi ja hoitotiimillä 3. Tämän vuoksi hoitotiimin 3 havainnot korostuvat aineistossa.

Tietynlaista vinoumaa tutkimusaineistoon aiheuttaa myös se, että aineistonkeruumenetelmä ei ollut täysin samanlainen jokaisen tiimin kohdalla. Hoitotiimin 3 havainnot korostuvat aineistossa myös siksi, että aineistonkeruumenetelmänä käytettiin heidän kohdallaan ryhmähaastattelua, minkä vuoksi aineistoa syntyi enemmän kuin yhtä henkilöä haastateltaessa. Hoitajien tuominen mukaan haastatteluun toi aineistoon myös uusia näkemyksiä. Tämä johtuu ennen kaikkea siitä, että he toteuttavat käytännön hoitotyötä päivittäin. Tietyn hoitotiimin havaintojen korostuminen aineistossa ei kuitenkaan lähtökohtaisesti heikennä tutkimuksen luotettavuutta, sillä hoitotiimeissä saavutettujen tulosten vertailu ei ole tutkimuksen tavoitteen kannalta keskeistä. Yksittäisten hoitotiimien tuloksien vertailun sijaan tässä tutkimuksessa on oleellista testata luodun viitekehyksen toimintaa ja tunnistaa erilaisia asiakasarvon lähteitä.

Aineistonkeruuvaiheessa oli luotettavuuden näkökulmasta haasteellista se, että osa hoitotiimeissä 1 ja hoitotiimeissä 2 tehdyistä havainnoista perustui toisen käden tietoon. Jotkin havainnot olivat toisten tiimin jäsenten tekemiä, mutta olivat tulleet haastateltavan tietoon havainnon tehneen hoitajan kertomana. Aineiston luotettavuuden lisäämiseksi toisen käden tieto karsittiin aineistosta psykologisten arvoelementtien osalta. Hoitoprosessin kulkuun liittyvät havainnot hyväksyttiin sisällytettäväksi aineistoon, sillä ne ovat luonteeltaan vähemmän subjektiivisia, ja lisäksi haastateltava tarkisti nämä havainnot kohdeorganisaatiossa käytössä olleeseen Mobiili-toiminnanohjausjärjestelmään tehdyistä kirjauksista.

Tutkimuksen varmuudella tarkoitetaan sitä, miten hyvin tutkija pystyy huomioimaan yllättävät tilanteet tutkimuksen toteuttamisen aikana. Tutkimuksen varmuutta ollaan pyrittä parantamaan esittämällä tarkat kuvaukset tutkimuskohteista ja haastattelutilanteista. Myös aineistoon liittyvät rajaukset ja puutteet on tuotu esille.

Haastattelijan tapa esittää kysymyksiä voi vaikuttaa haastateltavan vastauksiin (Hirsjärvi & Hurme 2000, s. 103). Suoranaisten väärinkäsitysten välttämiseksi teoreettiset tai muuten liike-elämästä peräisin olevat termit ja ilmaukset pyrittiin kääntämään hoitoalalla

työskentelevien arkikieleksi. Esimerkiksi hoitoprosessi-termi korvattiin haastatteluissa sanalla hoitotyö. Laadullisessa tutkimuksessa kieli on yksi epäluotettavuuden lähde. Kokemusta on vaikeaa kuvailla sanallisesti siten, että se vastaisi kokemusta juuri sellaisena kuin se on koettu (Polkinghorne 2005, s. 139). Lisäksi tutkijan pitää onnistua tulkitsemaan sanat juuri siten, kuin haastateltava on ne tarkoittanut (Saunders et al. 2009, s. 327). On mahdollista, että haastateltavat eivät ole onnistuneet palaamaan hoitotilanteisiin ja heidän omiin kokemuksiinsa niin tarkasti, että he olisivat onnistuneet kuvaamaan tilanteen haastattelutilanteessa juuri sellaisena, kuin se oli. Kysymysten ja vastausten tulkin-tojen osalta tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan asiantuntemus ja se, että kohde-organisaatio sai tarkistaa ja hyväksyä tutkijan tekemät tulkinnat.

Haastattelutilanteisiin ja asetelmiin liittyy joitakin tekijöitä, jotka saattavat vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Samaa, tässä tutkimuksessa kerättyä aineistoa käytettiin myös Oulun kaupungille tehdyssä case-yrityksen eHealth-ratkaisun koekäyttöprojektin väliraportissa. Tätä ei ole erikseen kerrottu haastateltaville, mutta on kuitenkin mahdollista, että tämä on tullut haastateltavien tietoon ennen haastatteluita. Jos näin on käynyt, se on saattanut vaikuttaa haastateltavien vastauksiin. Haastateltavat ovat saattaneet esimerkiksi pyrkiä antamaan eHealth-ratkaisun vaikutuksista todellisuutta paremman tai huonomman kuvan, jos he ovat arvelleet pystyvänsä näin vaikuttamaan esimiestensä päätökseen palvelun käytön jatkamisesta. Toisaalta haastateltavat ovat myös saattaneet pyrkiä antamaan toiminnastaan todellisuutta paremman kuvan peitelläkseen esimiehiltään puutteita omassa toiminnassaan. Tällaisesta toiminnasta ei kuitenkaan saatu haastatteluiden aikana viitteitä, minkä vuoksi todennäköisyyttä, että näillä tekijöillä olisi vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen, pidetään hyvin pienenä.

Case-yrityksen eHealth-ratkaisun käyttöönotosta case-asiakkaan hoitotiimeissä vastannut projektipäällikkö oli paikalla kahdessa haastattelutilanteessa. Sillä on todennäköisesti ollut jossain määrin vaikutusta haastateltavien vastauksiin. Haastateltavat ovat saattaneet pyrkiä muotoilemaan vastauksiaan niin, että heidän toimintansa vaikuttaisi olevan linjassa projektipäällikön antamien ohjeiden kanssa, jotta kritiikille ei syntyisi sijaa. Tämä on otettava huomioon tutkimuksen luotettavuutta heikentävänä tekijänä. Lisäksi haastateltavien käyttäytymiseen on saattanut vaikuttaa tieto siitä, että tutkija on case-yrityksen työntekijä. Haastateltavat ovat saattaneet suhtautua tutkijaan myyntimiehenä, tai he ovat saattaneet korostaa vastauksissaan tiettyjä asioita pyrkien näin vaikuttamaan palvelun jatkokkehittämiseen.

Koska tutkimuksessa tunnistettavat arvoelementit ovat luonteeltaan ja havainnoitavuudeltaan erilaisia, on mahdollista, että haastateltavien oli helpompi muistaa ja kuvata joitakin arvoelementtejä kuin toisia. Esimerkiksi jotkut psykologiset arvoelementit on voitu kokea niin henkilökohtaisiksi, että niitä ei ole haluttu kertoa. Jos jotkut haastateltavat ovat kokeneet asiakasarvon kokemisen henkilökohtaisena asiana, se on voinut vaikuttaa myös heidän halukkuuteensa tuoda kokemuksiaan esille ryhmähaastattelutilanteessa. Toisaalta

on myös todettu, että ryhmän sisäisen vuorovaikutuksen ansiosta osallistujat saattavat esimerkiksi muistaa joitakin kokemuksiaan ryhmän toisen jäsenen kertoman perusteella (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, s. 123-124). Ryhmähaastattelussa oli myös selvästi havaittavissa, että osa hoitajista toi mielipiteitään esille rohkeammin kuin toiset. Haastattelija pyrki varmistamaan, etteivät yksittäiset henkilöt dominoi liiaksi keskustelua, aktivoimalla välillä myös hiljaisempia ryhmän jäseniä. Muutamien yksilöiden aktiivisesta osallistumisesta voi kuitenkin seurata jonkinlaista vinoumaa aineistoon.

Tutkimuksen luotettavuutta parantaa se, että yksi ja sama henkilö suoritti kaikki haastattelut. Tämän ansiosta voidaan olla varmoja, että haastattelija on ymmärtänyt haastattelurungon kysymykset ja teemat samalla tavalla jokaisessa haastattelussa. Tutkimuksen luotettavuutta parantavina toimenpiteinä haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin viikon sisällä haastatteluista.

Se, että tutkijalla on lähes kolmen vuoden työkokemus case-yrityksessä, ja siten myös asiantuntemusta ja kokemusta alalta voi parantaa tutkimuksen luotettavuutta ja tehtyjen tulkintojen uskottavuutta. Tutkija on hyvin perillä ikääntyneiden hoidon ja kotihoidon toimintaympäristöstä. Asiantuntijuutta on kertynyt muun muassa hoitajien työn tarkkailun myötä. Tutkija on vieraillut kotihoito-organisaatioissa kahdessa eri maassa, ja viettänyt kummassakin tapauksessa yhden työvuoron hoitajan matkassa hänen työntekeään tarkkaillen. Näillä vierailuilla tehtyjä havaintoja ei hyödynnetä tässä tutkimuksessa, mutta tutkijan asiantuntemus alalta pienentää virhetulkintojen todennäköisyyttä, sillä alan terminologian ja toimintatapojen voidaan olettaa olevan tutkijalle tuttuja.

Toisaalta tutkijan subjektiivisuus on myös laadullisen tutkimuksen haaste. Tutkija on haastattelutilanteissa mukana aktiivisena, haastattelun kulkuun vaikuttavana osapuolena, ja siten hän voi toiminnallaan vaikuttaa tuloksiin. (Saunders et al. 2009, s. 326-327). Siitä huolimatta, että tutkija pyrkii tarkastelemaan aineistoa ja ilmiöitä täysin objektiivisesti, on mahdollista, että tutkija tiedostamattaan antaa aiempien kokemusten ja oletusten vaikuttaa tutkimuksen kulkuun. Tätä riskiä on pienennetty antamalla tutkimustulokset tutkimuskohteen tarkastettavaksi ennen niiden julkaisua.

5 TULOKSET

5.1 Kohdeyrityksen esittely

5.1.1 Evondos Oy

Kohdeyrityksen esittely perustuu yhtiön sisäiseen materiaaliin, johon tutkija pääsee käsi-
siksi, mutta joka ei ole julkisesti saatavilla. Sen vuoksi kohdeyrityksen esittely -luvussa
ei viitata lähdemateriaaliin.

Evondos Oy on suomalainen vuonna 2008 perustettu terveysteknologia-alan yritys. Kon-
sernin pääkonttori on Salossa ja sivukonttorit Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa. Tammi-
kuussa 2017 Evondos-konserni työllisti yhteensä yli 50 henkilöä neljässä Pohjoismaassa.
Konsernin toiminnot ovat painottuneet Suomeen. Yhtiön kokoonpanotehdas, tuotekehi-
tysyksikkö ja tukitoiminnot ovat Salossa. Sivukonttorit kolmessa muussa maassa keskit-
tyvät pääasiassa myyntiin ja palvelutuotantoon. Yhtiö on kasvanut voimakkaasti viime
vuosien aikana, ja aikoo jatkaa panostamista voimakkaaseen kansainväliseen kasvuun.

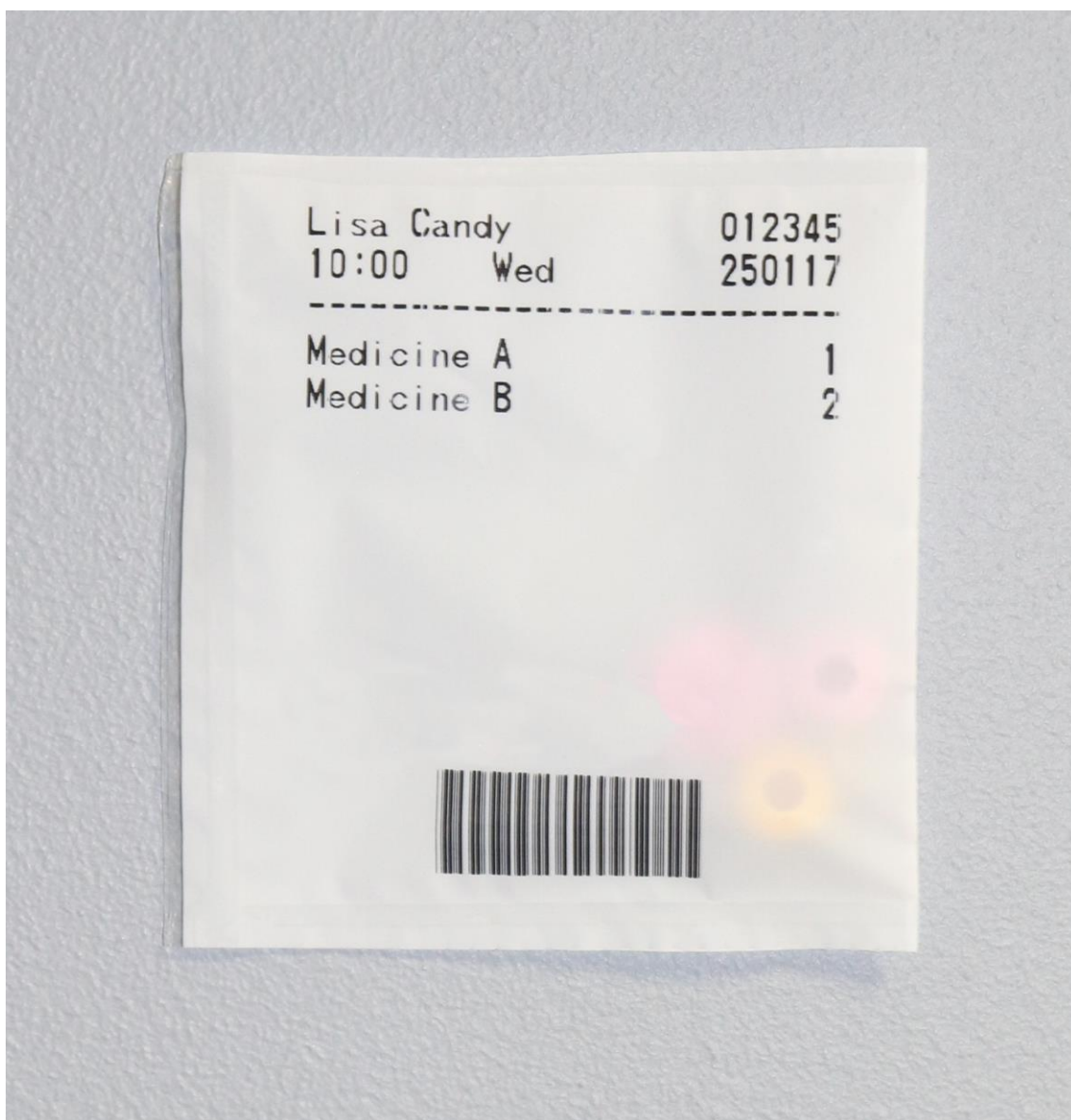
Yhtiö tarjoaa hoito- ja hoivapalveluita tuottaville organisaatioille teknologiapohjaisia rat-
kaisuja, jotka helpottavat sekä ikääntyneiden että hoitajien elämää automatisoimalla hoi-
toprosesseja. Ratkaisut parantavat samanaikaisesti hoidon laatua ja lisäävät organisaatioi-
den tehokkuutta. Yhtiön ensimmäinen palvelutuote on Evondos-palvelu, jota yhtiö tar-
joaa tässä vaiheessa pääsääntöisesti kotihoitoyksiköiden käyttöön.

5.1.2 Evondos-palvelu

Evondos-palvelu perustuu apteekeista saataviin, koneellisesti pakattuihin lääkeannospus-
seihin, pitkäaikaislääkityn kotiin sijoitettavaan Evondos E300-lääkeautomaattiin sekä
etähoitojärjestelmä-pilvipalveluun. Palvelu varmistaa, että ikääntynyt saa oikean lääk-
keen oikeaan aikaan ja oikeana annoksena. Palvelu tukee ja hyödyntää kotihoidon asiak-
kaan omia voimavaroja, jonka ansiosta hoitajien työkuorma pienenee.

Koneellinen annosjakelu on apteekkien tarjoama palvelu, jossa asiakkaan säännöllisesti
syömät lääkkeet pakataan koneellisesti muovisiin kerta-annospusseihin. Lääkkeiden pak-
kaaminen tehdään Suomessa keskitetysti kahden toimijan Pharmac Finlandin ja Pharma-
servicen toimesta. Automatisoidun pakkausprosessin laatua valvotaan tarkasti. Pakkaaja-
apteekit toimittavat lääkeannospussirullat paikallisapteekkeihin, joista ne toimitetaan
hoito-organisaatioille tai suoraan asiakkaille. Aptekeista saa tyypillisesti kahden viikon

lääkkeet kerrallaan annospussirulliin pakattuna. Annospussit on rullattu pussirullaan aikajärjestyksessä, ja jokaisen annospussin etikettiin painetaan asiakkaan nimi ja tunnistetiedot, pussin sisältämät lääkeaineet ja lääkeannoksen ottoajankohta (kts. kuva 9). Koneellisesti annosjaeltujen lääkkeiden pakkaamisen yhteydessä apteekki tarkistaa asiakkaan kokonaislääkityksen tarpeettomien tai päällekkäisten lääkkeiden varalta. Samalla varmistetaan, että kaikki asiakkaan käyttämät lääkkeet soveltuvat käytettäväksi samaan aikaan. (Apteekkariliitto 2014)



Kuva 9. Koneellisesti pakattu lääkeannospussi (©Evondos).

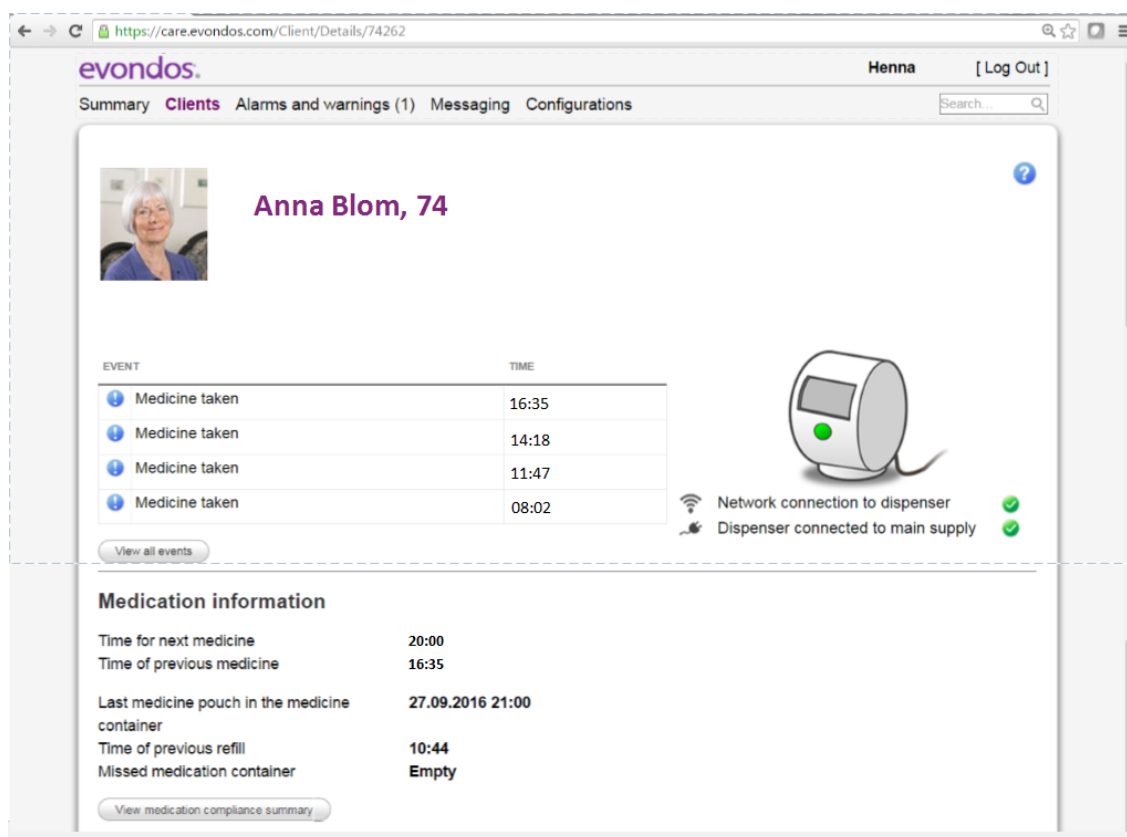
Evondos E300-lääkeautomaatti (kts. kuva 10), jatkossa lääkeautomaatti, on palvelun loppukäyttäjän, eli kotihoidon asiakkaan, kotiin sijoitettava laite, johon hoidosta vastaavat henkilöt täyttävät loppukäyttäjän koneellisesti annosjaellut lääkkeet. Lääkerullan täytön yhteydessä lääkeautomaatti tarkistaa konenäkösovelluksen avulla lääkeannospussien eti-

ketistä, että lääkeautomaattiin on tuotu oikean henkilön lääkkeet. Hyväksytyn täytön jälkeen lääkeautomaatti antaa lääkeannospussit loppukäyttäjän tarjolle automaattisesti lääkeannospusseihin painetun lääkkeenottoaikataulun mukaisesti. Lääkeautomaatti muistuttaa loppukäyttäjää lääkkeiden otosta valolla, äänellä ja tarvittaessa myös automaattisella puhelinsoitolla. Jos lääkettä ei oteta turvallisen lääkkeenottoajan sisällä, lääkeannospussi siirtyy pois loppukäyttäjän saatavilta, ja hoito-organisaatiolle annetaan hälytys etähoitojärjestelmän soittamalla automaattisella robottipuhelulla ja tekstiviestillä. Lääkkeenottoaikojen ulkopuolella lääkkeet eivät ole loppukäyttäjän saatavilla. Lääkeautomaatti on lukittu, ja lääkkeisiin käsiksi pääseminen vaatii järjestelmään kirjautumisen hoitajatunnuksilla tai RFID-avaimella.



Kuva 10. Kuva 4 Evondos E300-lääkeautomaatti ja annospussirulla (©Evondos).

Evondos etähoitojärjestelmä (kts. kuva 11) on hoitajille ja omaisille tarkoitettu pilvipalvelu, jossa voi seurata loppukäyttäjien lääkehoidon toteutumista, hallinnoida organisaatiolla käytössä olevia lääkeautomaatteja ja muuttaa lääkeautomaatin asetuksia. Etähoitojärjestelmä valvoo käytössä olevien lääkeautomaattien toimintaa. Myös Evondos-palvelun viestintä- ja muistutusominaisuuksia käytetään kirjautumalla etähoitojärjestelmään. Etähoitojärjestelmästä voidaan lähettää yksinkertaisia viestejä tai muistutuksia loppukäyttäjille. Loppukäyttäjät vastaavat viesteihin lääkeautomaatin kosketusnäytöltä viestin lähettäjän määrittelemää vastauspohjaa käyttäen muutamalla napin painalluksella. Etähoitojärjestelmään kirjautuminen ei ole edellytys hoitotyön tekemiselle. Hoitaja saa kaikista hänen huomiotaan vaativista tilanteista ilmoituksen matkapuhelimeensa.



Kuva 11. Näkymä etähoitojärjestelmästä (©Evondos).

Evondos Oy:n mukaan palvelu vapauttaa hoitajan aikaa lääkeannosten jakelusta suoraan hoitotyöhön. Palvelu myös vähentää lääkkeiden jakeluun ja ottamisen varmistamiseen liittyviä hoitokäyntejä. Yhtiön mukaan palvelu helpottaa myös hoitajien kotikäyntien organisointia, ja auttaa kotihoito-organisaatioita kohdistamaan resurssinsa aiempaa paremmin. Palvelu mahdollistaa myös loppukäyttäjien hoidon toteutumisen ympärivuorokautisen seurannan. Lisäksi Evondos-palvelun sanotaan mahdollistavan turvallinen ja lääkejakeluvirheillä mitattuna miltei täysin virheetön lääkehoito. Yhtiö sanoo palvelun luovan myös täysin uudenlaisen tavan pitää yhteyttä loppukäyttäjän, hoitajan ja omaisten välillä.

5.2 Evondos-palvelun vaikutukset ja asiakasarvo tutkimuskohteissa

5.2.1 Hoitotiimi 1

Hoitotiimin 1 vastuualue on pääosin maaseutua ja kylätaajamaa. Tiimin vastuulla on noin 40 kotihoidon asiakasta, minkä lisäksi tiimi vastaa palvelutalon toiminnasta. Palvelutalossa on 28 asiakasta. Kotihoidosta vastaavaan kenttätimiin kuuluu kymmenen hoitajaa.

Hoitotiimi alkoi käyttää Evondos-palvelua syys-lokakuussa 2015. Ennen palvelun käyttöönottoa henkilöstön joukosta valitut palvelun pääkäyttäjät osallistuivat yhden iltapäivän mittaiseen Evondos Oy:n järjestämään pääkäyttäjäkoulutukseen. Pääkäyttäjien tehtävä

oli kouluttaa ja jakaa tiimin muille hoitajille palvelun sujuvan käytön edellyttämät tiedot ja taidot. Hoitajat saivat pääkäyttäjäkoulutuksessa myös ohjeita ja neuvoja loppukäyttäjävalintaan. Palveluesimiehen mukaan Evondos-palvelun avulla pyrittiin ennen kaikkea helpottamaan hoitotyötä:

”Koekäytön tavoite oli auttaa työntekijöitä: helpottaa aamuruuhkaa tai vähentää käyntejä. Lähdettiin ihan toiminnan kannalta liikkeelle.”

–Palveluesimies, hoitotiimi 1

Hoitotiimi 1:llä oli koekäytön alussa käytössään kolme lääkeautomaattia. Kahdelle niistä löytyi sopivat loppukäyttäjät vaivattomasti. Kolmannen lääkeautomaatin käyttöä yritettiin kahden asiakkaan kohdalla, mutta molemmissa tapauksissa käyttö keskeytettiin pian käyttöönoton jälkeen loppukäyttäjän vastustuksen vuoksi. Näistä alle kuukauden mittaiseksi jääneistä käytöistä saadut havainnot jätetään tutkimuksen ulkopuolelle, sillä käytön ei voida katsoa olleen vakiintunutta. Kaikilla valituilla loppukäyttäjillä oli apteekin koneellinen annosjakelu käytössä jo ennen Evondos-palvelun käyttöönottoa. Hoitotiimissä 1 palvelua käytettiin vakiintuneesti kahden asiakkaan hoidossa. Näihin loppukäyttäjiiin viitataan jatkossa termeillä *loppukäyttäjä 1* ja *loppukäyttäjä 2*. Kuvaus loppukäyttäjien toimintakyvystä ja hoidon tarpeesta ennen Evondos-palvelun käyttöönottoa on esitetty liitteessä 2.

5.2.2 Hoitotiimissä 1 havaitut palvelun vaikutukset

Haastatteluhetkellä Evondos-palvelu oli ollut loppukäyttäjän 1 käytössä 102 päivää. Haastattelussa kävi ilmi, että palvelun käyttöönotto on vaikuttanut loppukäyttäjän 1 hoitoprosesseihin monin tavoin.

Palveluesimiehen mukaan loppukäyttäjä ottaa lääkkeensä aiempaa täsmällisemmin. Lisäksi päiväkäynti, joka oli lääkemuistutuskäynti, on voitu jättää tarpeettomana kokonaan pois. Päivittäisten kotikäyntien määrä on tippunut palvelun myötä neljästä kolmeen. Palveluesimiehen mukaan Evondos-palvelu on tuonut helpotusta myös hoitajien työaikoihin liittyviin haasteisiin:

”...yhdet lääkkeet otetaan vasta niin myöhään, että meidän työntekijät eivät ole enää töissä. Niin meidän työntekijä oli antanut iltalääkkeet viimeisen käynnin yhteydessä, niin asiakas oli saattanut ottaa ne lääkkeet liian aikaisin, mutta nyt tulee ne viimeisetkin lääkkeet otettua ajallaan, kun se Evondos (lääkeautomaatti) annostelee ne lääkkeet vielä silloinkin, kun meidän työntekijät eivät ole enää töissä.” –Palveluesimies, hoitotiimi 1

Hoitajat ovat käyttäneet loppukäyttäjän 1 hoidossa lääkeautomaatin matkatilaa säännöllisesti kerran viikossa loppukäyttäjän osallistuessa iltapäivätoimintaan. Matkatila mahdollistaa lääkeannosten ottamisen mukaan korkeintaan kolmen päivän matkoille. Matkatilassa lääkeautomaatti ei anna lääkkeenottoon liittyviä muistutuksia, vaan muistutukset siirtyvät loppukäyttäjän tai loppukäyttäjän omaisen matkapuhelimeen. Palveluesimiehen mukaan matkatilan käynnistäminen ollaan koettu hitaaksi, ja sen ollaan koettu vievän tarpeettoman paljon hoitajien aikaa.

Loppukäyttäjä 2 oli käyttänyt haastatteluhetkellä Evondos-palvelua 71 päivää. Loppukäyttäjän kahdesta päivittäisestä käynnistä toinen oltiin voitu jättää pois Evondos-palvelun käyttöönoton myötä. Aamukäynti oli lääkemuistutuskäynti, eikä sille ollut enää tarvetta.

Haastatteluiden aikana nousi esille myös muutamia Evondos-palvelun vaikutuksia, jotka koskevat hoitoprosessien muutoksia kummankin loppukäyttäjän kohdalla. Palvelun on koettu muun muassa tuovan joustovaraa hoitajien aikatauluihin:

”...sittenhän se on niin, että saa sitä joustovaraa. ...että ei tarvi olla siellä vaikka kahdeksalta, jos se asiakas saa ne lääkkeet silloin Evondoksesta (lääkeautomaatista). Sitten me voidaan olla siellä vaikka puoli yhdeksältä auttamassa aamutoimissa.” –Palveluesimies, hoitotiimi 1

Palveluesimies toi hoitoprosessin muutoksena esille myös sen, että Evondos-palvelun etähoitojärjestelmän avulla saadaan tietoa lääkkeenoton toteutumisesta ja täsmällisyydestä. Ennen Evondos-palvelua asiakkaiden ottaessa lääkkeit itsenäisesti ei voitu tietää, milloin ne on otettu. Evondos-palvelun avulla saadaan tieto siitä, milloin lääkkeit on otettu lääkeautomaatista.

Evondos-palveluun keskeisesti liittyvät etähoitojärjestelmän soittamat automaattiset hälytyspuhelut ovat myös vaikuttaneet hoitajien työskentelyyn. Hoitajien on täytynyt kuunnella hälytykset, reagoida niihin ja mahdollisesti myös sopia, kuka hoitaa hälytyksen. Hoitotiimissä 1 myös palveluesimiehen puhelinnumero oli lisätty järjestelmän hälytysketjuun. Palveluesimies kuvasi ilmoitusten vaikutusta työhön seuraavasti:

”Viikoittain tulee minulle niitä ilmoituksia, jos on jäänyt asiakkaalla lääke ottamatta tai on lääkesäiliö tyhjä. Sitten ollaan tiimin kanssa soiteltu, että kuka tilanteen hoitaa.” –Palveluesimies, hoitotiimi 1

Yhteenveto Evondos-palvelun vaikutuksista hoitotiimissä 1 on esitetty taulukossa 2. Taulukossa on esitetty aineistossa esiintyneet vaikutukset ja loppukäyttäjä, jonka kohdalla vaikutus on havaittu.

Taulukko 3. Hoitotiimissä 1 havaitut vaikutukset ja loppukäyttäjät, joiden kohdalla vaikutus on havaittu.

Vaikutus hoitoprosessiin	Loppukäyttäjä, jonka hoidossa havaittu
Lääkkeet otetaan aiempaa täsmällisemmin	1
Lääkemuistutuskäynti on jätetty pois	1,2
Iltalääkkeitä ei tarvitse enää antaa liian aikaisin	1
Matkatilan aktivoimiseen kuluu aikaa	1
Hoitajien aikataulun joustavuus on lisääntynyt	1,2
Lääkkeenoton täsmällisyydestä saadaan tietoa	1,2
Hoidon poikkeustilanteista saadaan ilmoituksia, ja niihin pitää reagoida	1,2

Haastattelussa tuli esiin myös, että loppukäyttäjävaihtojen tekeminen vaatii aikaa ja syventymistä. Tätä vaikutusta ei kuitenkaan käsitellä, koska se on kertaluontoinen ja liittyy palvelun käyttöönottovaiheeseen.

5.2.3 Hoitotiimissä 1 koettu asiakasarvo

Loppukäyttäjän 1 hoidossa Evondos-palvelun vaikutusten voitiin tunnistaa johtavan yhdeksään arvoelementtiin. Tunnistetut arvoelementit on esitelty taulukossa 4. Taulukossa on eritelty Evondos-palvelun vaikutukset loppukäyttäjän 1 hoidossa. Sen jälkeen on merkitty rastein, mihin asiakasarvon elementteihin näiden vaikutusten ollaan hoitotiimissä 1 koettu kohdistuneen.

Sillä, että loppukäyttäjä 1 on ottanut lääkkeensä aiempaa täsmällisemmin, on haastattelun perusteella ollut epäsuoraa taloudellista ja psykologista hyötyä. Lääkkeiden täsmällisen oton ja epäsuorien taloudellisten hyötyjen välinen yhteys ei tullut esille aineistossa, mutta tämä yhteys on laajasti tunnistettu alan kirjallisuudessa (kts. esim. Sokol et al. 2005; Roebuck et al. 2011; Jha et al. 2012). Lääkkeenoton täsmällisyydestä seuraava psykologinen hyöty tuli esille keskustelussa. Palveluesimiehen mukaan se, että lääkkeet saadaan annettua täsmällisesti ja säännöllisesti parantaa kokemusta oman työn laadusta:

”...siinä nähtiin heti, että siinä on se Evondoksen hyöty. Me saadaan hoidettua häntä paremmin, kun hänen tulee otettua ne lääkkeet säännöllisesti” –Palveluesimies, hoitotiimi 1

Yhden päivittäisen käynnin poisjättämisen ansiosta hoitajien työaika säästyy asiakkaan luona vietettävän ajan, matkustusajan sekä käynnin suunnittelu ja raportointiin tarvittavan ajan verran. Työajan säästymisestä seuraa hoito-organisaatiolle suoraa taloudellista hyötyä.

Taulukko 4. Loppukäyttäjän 1 hoidossa tunnistetut arvoelementit.

Vaikutus	Hyötyelementit			Uhrauselementit		
	Taloud.		Psykol.	Taloud.		Psykol.
	Suora	Epä-suor.		Suora	Epäsuor.	
Lääkkeet otetaan aiempaa täsmällisemmin		x	x			
Lääkemuistutuskäynti ollaan jätetty pois	x					
Iltlääkkeitä ei tarvitse enää laittaa tarjolle etukäteen			x			
Matkatilan aktivoimiseen kuluu aikaa				x		
Hoitajien aikataulun joustavuus on lisääntynyt			x			
Lääkkeenoton täsmällisyydestä saadaan tietoa			x			
Hoidon poikkeustilanteista saadaan ilmoituksia, ja niihin pitää reagoida			x	x		

Hoitotiimin 1 palveluesimiehen mukaan hoito-organisaatio saa psykologista hyötyä siitä, että lääkeannosta ei tarvitse laittaa asiakkaan saataville etukäteen. Palveluesimiehen mukaan lääkkeiden laittamisesta saataville etukäteen seurasi se, että asiakas saattoi ottaa iltlääkkeensä liian aikaisin. Hoito-organisaatio tiedosti tämän ongelman, mutta heillä ei aiemmin ollut keinoja asian ratkaisemiseen. Palveluesimies koki, että tämän ongelman ratkaiseminen johti koetun hoidon laadun paranemiseen.

Uhrauselementtinä loppukäyttäjän 1 kohdalla tunnistettiin se, että lääkeautomaatin matkatilan aktivoimiseen koettiin kuluvan paljon aikaa, mistä seurasi, että yhden viikoittaisen käynnin kesto oli pidentynyt. Tästä seuraa hoitajilta vaaditun työajan lisääntymisen myötä suora taloudellinen uhraus.

Hoitajien aikataulun joustavuuden koettiin lisääntyneen, ja sillä koettiin olevan psykologista hyötyä. Palveluesimiehen mukaan lisääntynyt joustavuus helpottaa hoitajien työskentelyä. Hoitajien ei tarvitse olla asiakkaiden luona tiettyyn aikaan lääkkeenoton varmistamiseksi, mikä vähentää hoitajien huolta ja stressiä.

Palveluesimies koki, että loppukäyttäjän lääkehoidon toteutumisesta voitiin huolehtia aiempaa paremmin lääkkeenoton täsmällisyydestä saadun tiedon ansiosta. Tästä koettiin olevan psykologista hyötyä, koska hoitajat kokivat hoitotyön laadun parantuneen.

Hoidon poikkeustilanteista saatuihin ilmoituksiin reagoiminen vei hoitajien aikaa. Niistä seuraa siis hoito-organisaatiolle suora taloudellinen uhraus. Toisaalta keskustelun aikana kävi ilmi, että ilmoitusten koettiin lisäävän kotihoidon asiakkaiden turvallisuuden tunnetta, ja siten tarjottavan hoidon laatu koettiin paremmaksi. Tämä koettiin psykologisena hyötynä.

Loppukäyttäjän 2 hoidossa Evondos-palvelun vaikutusten voitiin tunnistaa johtavan viiteen arvoelementtiin. Tunnistetut arvoelementit on esitelty taulukossa 5.

Taulukko 5. Loppukäyttäjän 2 hoidossa tunnistetut arvoelementit.

Vaikutus	Hyötyelementit			Uhrauselementit		
	Taloud.		Psykol.	Taloud.		Psykol.
	Suora	Epäsuor.		Suora	Epäsuor.	
Lääkemuistutuskäynti on jätetty pois	x					
Hoitajien aikataulun joustavuus on lisääntynyt			x			
Lääkkeenoton täsmällisyydestä saadaan tietoa			x			
Hoidon poikkeustilanteista saadaan ilmoituksia, ja niihin pitää reagoida			x	x		

Loppukäyttäjältä voitiin jättää aamukäynti pois, minkä ansiosta hoitajien aikaa vapautui. Aikaa vapautui niin varsinaisen käynnin, matkojen, käynnin valmistelun kuin käynnin raportoinnin osalta.

Myös loppukäyttäjän 2 kohdalla havaittiin, että hoitajien aikataulun joustavuus on lisääntynyt, mikä palveluesimiehen mukaan helpottaa hoitajien työskentelyä ja vähentää stressiä.

Palveluesimies koki, että loppukäyttäjien lääkehoidon toteutumisesta voitiin huolehtia aiempaa paremmin lääkkeenoton täsmällisyydestä saadun tiedon ansiosta. Tästä koettiin olevan psykologista hyötyä, koska hoitajat kokivat hoitotyön laadun parantuneen.

Hoidon poikkeustilanteista saatuihin ilmoituksiin reagoiminen vei hoitajien aikaa. Niistä seuraa siis hoito-organisaatiolle suora taloudellinen uhraus. Toisaalta keskustelun aikana kävi ilmi, että ilmoitusten koettiin lisäävän kotihoidon asiakkaiden turvallisuuden tunnetta, ja siten tarjottavan hoidon laatu koettiin paremmaksi. Tämä koettiin psykologisena hyötynä.

5.2.4 Hoitotiimi 2

Hoitotiimin 2 vastuualue on pääosin taajama-aluetta. Alueella on niin omakotitalo-, rivitalo- kuin kerrostaloasutustakin. Hoitotiimin vastuulla on noin 45 kotihoidon asiakasta

Hoitotiimi alkoi käyttää Evondos-palvelua syys-lokakuussa 2015. Ennen palvelun käyttöönottoa henkilöstön joukosta valittiin yksi hoitaja päivän mittaiseen Evondos Oy:n järjestämään pääkäyttäjäkoulutukseen. Pääkäyttäjien tehtävä oli kouluttaa ja jakaa tiimin muille hoitajille palvelun sujuvan käytön edellyttämät tiedot ja taidot. Hoitaja sai pääkäyttäjäkoulutuksen yhteydessä myös neuvoja loppukäyttäjien valintaan. Evondos-palvelun käytöstä vastanneen hoitajan mukaan, palvelun koekäytölle ei oltu asetettu selkeitä tavoitteita ennen käyttöönottoa:

”Ei ollut mitään sellaisia (tavoitteita). Se on niin, että kun tulee uusi laite, niin sitä ruvetaan vaan kokeilemaan. Tietenkin käyntien vähentäminen olisi ollut ehkä yksi sellainen hyvä tavoite.” –Vastaava sairaanhoitaja, hoitotiimi 2

Hoitotiimilla 2 oli käytössään yksi lääkeautomaatti koko koekäytön ajan. Sille löytyi heti koekäytön alussa sopiva loppukäyttäjä, joka käytti lääkeautomaattia koko koekäytön ajan. Kyseisellä asiakkaalla oli koneellinen annosjakelu käytössä jo ennen Evondos-palvelun käyttöönottoa. Tähän loppukäyttäjään viitataan jatkossa termillä *loppukäyttäjä 3*. Kuvaus loppukäyttäjien toimintakyvystä ja hoidon tarpeesta ennen Evondos-palvelun käyttöönottoa on annettu liitteessä 2.

5.2.5 Hoitotiimissa 2 havaitut palvelun vaikutukset

Haastatteluhetkellä Evondos-palvelu oli ollut loppukäyttäjän 3 käytössä 126 päivää. Hoitajan kanssa käydyssä keskustelussa kävi ilmi, että palvelulla on ollut vaikutusta loppukäyttäjän 3 hoitoprosesseihin. Nämä vaikutukset on esitetty taulukossa 6.

Taulukko 6. *Loppukäyttäjän 3 hoidossa havaitut vaikutukset.*

Vaikutus hoitoprosessiin	Loppukäyttäjä, jonka hoidossa havaittu
Lääkkeet otetaan aiempaa täsmällisemmin	3
Lääkemuistutuskäynti on jätetty pois	3

Vastaavan sairaanhoitajan mukaan loppukäyttäjä 3 on ottanut lääkkeensä aiempaa täsmällisemmin. Hänen mukaansa kaikki lääkkeet on otettu lääkeautomaatista ajallaan:

”Ei ole jäänyt yksikään lääkkeitä ottamatta. Aiemmin niitä jäi aina välillä” –Vastaava sairaanhoitaja, hoitotiimi 2

Lisäksi loppukäyttäjän päiväkäynti on voitu jättää tarpeettomana pois. Näin ollen aikaisemmasta kolmesta päivittäisestä käynnistä vain kahdelle on ollut tarvetta palvelun käyttöönoton jälkeen. Vastaava sairaanhoitaja perustelee käynnin pois jättämistä seuraavasti:

”Ollaan voitu jättää se päiväkäynti ihan kokonaan pois, kun silloin annettiin vaan lääkkeit. Nyt asiakas saa otettua ne itse automaattista.” –Vastaava sairaanhoitaja, hoitotiimi 2

Aineistosta tuli lisäksi esille, että hoitotiimillä 2 oli ollut käyttöhäiriötilanne, jonka selvittämiseen oli kulunut aikaa. Tämä vaikutus jätettiin kuitenkin kertaluontoisena tapauksena analyysin ulkopuolelle.

5.2.6 Hoitotiimissä 2 koettu asiakasarvo

Evondos-palvelun käytön voidaan haastattelun perusteella tunnistaa vaikuttavan kahteen asiakasarvon elementtiin. Nämä asiakasarvon elementit on esitelty taulukossa 7. Lääkkeiden aiempaa täsmällisemmästä ottamisesta seuraa epäsuoraa taloudellista hyötyä (kts. esim. Sokol et al. 2005; Roebuck et al. 2011; Jha et al. 2012).

Taulukko 7. Evondos-palvelun tunnistetut asiakasarvon elementit loppukäyttäjän 3 hoidossa.

Vaikutus	Hyötyelementit			Uhrauselementit		
	Taloud.		Psykol.	Taloud.		Psykol.
	Suora	Epäsuor.		Suora	Epäsuor.	
Lääkkeet otetaan aiempaa täsmällisemmin		x				
Lääkemuistutuskäynti on jätetty pois	x					

Lisäksi käyntien vähenemisen ansiosta hoitajien työaikaa vapautuu. Tästä seuraa kotihoito-organisaatiolle suoraa taloudellista hyötyä.

5.2.7 Hoitotiimi 3

Hoitotiimin 3 vastuualue on enimmäkseen tiiviisti rakennettua asuinaluetta. Tiimillä on hoidettavanaan hieman alle 40 kotihoidon asiakasta, jonka lisäksi tiimi vastaa palvelutalon toiminnasta. Hoitotiimin henkilöstömäärä on 23.

Hoitotiimi alkoi käyttää Evondos-palvelua syys-lokakuussa 2015. Ennen palvelun käyttöönottoa henkilöstön joukosta valitut kaksi pääkäyttäjää osallistuivat päivän mittaiseen Evondos Oy:n järjestämään pääkäyttäjäkoulutukseen. Pääkäyttäjien tehtävä oli kouluttaa ja jakaa tiimin muille hoitajille palvelun sujuvan käytön edellyttämät tiedot ja taidot. Haastattelussa kävi ilmi, että pääkäyttäjien kouluttamat hoitajat kokivat omaksuneensa koulutuksessa vain käytön kannalta välttämättömimmät asiat:

”Kokemus on se, että me opittiin vaan se rullanvaihto. Siinä on varmasti paljon muitakin oheistoimintoja” – Hoitaja 1, hoitotiimi 3

Pääkäyttäjäkoulutuksessa hoitajat saivat myös ohjeita ja neuvoja loppukäyttäjävalintojen tekemiseksi. Loppukäyttäjien valintoihin vaikuttaa oleellisesti se, mitä tavoitteita palvelun käytölle on asetettu. Hoitotiimissä 3 tehtiin koekäytön alussa loppukäyttäjien kanssa sopimus, että käyntejä ei vähennetä. Näin toimittiin, koska asiakkaiden pelättiin muuten kieltäytyvän palvelun käytöstä:

”Mehän sovittiin silloin, kun tää Evondos (palvelun koekäyttö) alko, että niitä ei vähennetä, niitä käyntejä. Luvattiin asiakkaille, että se ei tarkoita sitä, että käynnit vähenisi” –Hoitaja 2, hoitotiimi 3

Hoitotiimillä 3 oli käytössään kolme lääkeautomaattia. Kahdelle lääkeautomaatille löytyi vakiintunut käyttäjä helposti. Kolmatta lääkeautomaattia on käyttänyt yhteensä kolme loppukäyttäjää. Ensimmäinen loppukäyttäjä käytti automaattia 79 päivää ennen kuin käyttö jouduttiin keskeyttämään. Toisen loppukäyttäjän käytössä lääkeautomaatti oli 89 päivää ennen kuin hän joutui sairaalaan, ja palvelun käyttö hänen kohdallaan keskeytettiin. Kolmannen loppukäyttäjän kohdalla käyttö jäi vain kahden viikon mittaiseksi, koska loppukäyttäjän omaiset eivät halunneet palvelua käytettävän heidän sukulaisensa hoidossa. Tästä alle kuukauden mittaiseksi jääneestä käytöstä saadut havainnot jätetään käsittelyn ulkopuolelle, sillä käytön ei voida hänen kohdallaan katsoa olleen vakiintunutta. Kaikilla palvelua käyttäneillä loppukäyttäjillä oli koneellinen annosjakelu käytössä jo ennen Evondos-palvelun käyttöönottoa. Hoitotiimin 3 kohdalla palvelua käytettiin vakiintuneesti neljän asiakkaan hoidossa. Näihin loppukäyttäjiin viitataan jatkossa termeillä *loppukäyttäjä 4* ja *loppukäyttäjä 5*, *loppukäyttäjä 6* ja *loppukäyttäjä 7*. Kuvaus loppukäyttäjien toimintakyvystä ja hoidon tarpeesta ennen Evondos-palvelun käyttöönottoa on annettu liitteessä 2.

5.2.8 Hoitotiimissä 3 havaitut palvelun vaikutukset

Aineistonkeruuhetkellä Evondos-palvelu oli ollut loppukäyttäjän 4 käytössä 123 päivää. Siitä huolimatta, että hoitotiimin periaatteena oli ollut, että käyntejä ei vähennetä, he olivat vähentäneet loppukäyttäjältä kahdesta kolmeen käyntiä per viikko. Kyseinen loppukäyttäjä asui monen kymmenen kilometrin päässä hoitotiimin tiloista.

”2-3 käyntiä per viikko ollaan voitu vähentää. Meitä ei vaan tarvita siellä enää muuhun kuin uusien lääkkeiden laittamiseen” – Hoitaja 2, hoitotiimi 3

Loppukäyttäjällä 4 oli aiemmin ilmennyt lääkkeiden väärinkäyttöä. Keskustelun aikana kävi ilmi, että loppukäyttäjällä oli välillä taipumusta syödä osa lääkkeistä etukäteen. Evondos-palvelun avulla lääkkeiden väärinkäyttö oltiin pystytty estämään:

”Hänelle ollaan voitu viedä lääkkeitä vain tietyin väliajoin. ... Ne on osoittautuneet liian hyviksi ja tulee syötyä liian aikaisin. ... Nyt kun ne lääkkeet on tuollaisessa lukitussa kotelossa, niin ne jätetään rauhaan.” –Hoitaja 2, hoitotiimi 3

Hoitotiimi 3 oli palvelua käyttäneistä hoitotiimeistä ainut, jossa hyödynnettiin Evondos-palvelun viestintäominaisuutta. Viestintäominaisuuden ansiosta kaukana asuvalta loppukäyttäjältä 4 voitiin selvittää asioita ilman, että hänen luonaan tarvitse käydä:

”Ja sitten ollaan ihan monen kymmenen kilometrin päässä asuvalle asiakkaalle laitettu viesti ja kysytty, että haluatko influenssarokotteen. Niin hän pystyi sitten vastaamaan siihen, että haluaako vai eikö.” – Hoitaja 3, hoitotiimi 3

Myös loppukäyttäjä 5 oli käyttänyt palvelua haastatteluhetkellä 123 päivää. Häneltä oltiin voitu palvelun avulla jättää iltapäivän lääkemuistutuskäynti pois.

Loppukäyttäjällä 5 oli taipumusta unohtaa ruokailla, minkä vuoksi hoitajat olivat välillä huolissaan hänen ravinnon saannistaan. Loppukäyttäjällä on sokeritauti, jonka vuoksi säännölliset ruokailuajat ovat hänelle erityisen tärkeitä. Hoitajat hyödynsivät lääkeautomaatin muistutusominaisuutta muistuttaakseen loppukäyttäjää aterioiden ja välipalojen syömisestä.

Loppukäyttäjä 6 käytti palvelua 79 päivän ajan. Hoitajien mukaan loppukäyttäjä otti Evondos-palvelun ansiosta lääkeannoksensa aiempaa täsmällisemmin. Tämän lisäksi hänen aamukäyntinsä oltiin voitu siirtää myöhempään ajankohtaan. Loppukäyttäjä halusi

lähteä aamulla aikaisin ulkoilemaan, minkä vuoksi hoitajien piti käydä hänen luonaan aikaisin aamulla, jotta hän sai lääkkeet ennen ulos lähtöä. Evondos-palvelun ansiosta hän saa lääkkeet itsenäisesti lääkeautomaatista, eikä hänen tarvitse odottaa, että hoitajat tulevat antamaan hänelle hänen lääkkeensä.

Loppukäyttäjä 7 käytti palvelua 89 päivää. Hänen hoidossaan hyödynnettiin palvelun muistutusominaisuutta muistuttamalla loppukäyttäjää sellaisten lääkkeiden ottamisesta, jotka eivät sovellu koneelliseen annosjakeluun:

”Ollaan laitettu asiakkaalle lääkeautomaattiin muistutuksia esimerkiksi Marevanista (verenohennuslääke), joka ei sovellu annosjakeluun” –Hoitaja 4, hoitotiimi 3

Keskustelun aikana kävi ilmi myös, että loppukäyttäjän 7 aamukäynti oltiin voitu siirtää myöhemmäksi. Lääkkeenanto ei enää määrittänyt hoitajien aikataulua, minkä ansiosta käynti voitiin toteuttaa myöhempänä ajankohtana aamun ruuhkahuipun ulkopuolella.

Näiden vaikutusten lisäksi hoitotiimi 3 oli tunnistanut myös sellaisia Evondos-palvelun vaikutuksia, jotka ilmenivät kaikkien loppukäyttäjien kohdalla. Kuten hoitotiimissä 1 myös hoitotiimissä 3 nostettiin esille, että järjestelmä antaa ilmoituksia hoidon poikkeus-tilanteista. Niiden ratkaiseminen edellyttää tyypillisesti hoitajalta toimenpiteitä.

Haastattelun aikana kävi ilmi, että palvelun myötä hoitajien aikataulujen joustavuus on lisääntynyt. Loppukäyttäjät saavat lääkkeensä hoitajien aikatauluista riippumatta:

”... nyt se saa ne lääkkeet säännöllisesti. Että kun me ei voida aina olla siellä niin tarkkaan antamassa niitä lääkkeitä.” – Hoitaja 3, hoitotiimi 3

Hoitoprosessien katsottiin muuttuneen myös siten, että lääkehoidon toteutumisesta ja lääkkeenoton täsmällisyydestä saadaan tietoa etähoitojärjestelmän kautta. Aiemmat toimintatavat eivät mahdollistaneet lääkehoidon toteutumisen tarkkaa seurantaa:

”Mun ei tarvi vaikka hirveen aikasin aamulla mennä kattomaan, että onko se ottanut lääkkeet, ku mää nään ne koneelta.” –Hoitaja 3, hoitotiimi 3

Taulukossa 8 on esitetty yhteenveto hoitotiimissä 3 havaituista palvelun vaikutuksista.

Taulukko 8: Hoitotiimissä 3 havaitut vaikutukset ja loppukäyttäjät, joiden kohdalla vaikutus on havaittu.

Vaikutus hoitoprosessiin	Loppukäyttäjä, jonka hoidossa havaittu
Lääkemuistutuskäynti on jätetty pois	4, 5
Lääkkeiden väärinkäyttö on saatu estettyä	4
Asiakkaalta pystytään selvittämään asioita ilman, että hänen luonaan tarvitsee käydä	4
Asiakasta pystytään muistuttamaan asioista ilman, että hänen luonaan tarvitsee käydä	5,7
Lääkkeet otetaan aiempaa täsmällisemmin	6
Aamukäynti on voitu siirtää myöhemmäksi	6,7
Hoidon poikkeustilanteista saadaan ilmoituksia ja niihin pitää reagoida	4,5,6,7
Hoitajien aikataulun joustavuus on lisääntynyt	4,5,6,7
Lääkkeenoton täsmällisyydestä saadaan tietoa	4,5,6,7

Taulukossa esitettyjen vaikutusten lisäksi haastattelussa kävi ilmi, että hoito-organisaatiolla on ollut häiriötilanne, jonka selvittämiseen hoitajilla on kulunut aikaa. Tämä vaikutus on kuitenkin ollut kertaluontoinen, eikä sitä siksi sisällytetä analysoitaviin vaikutuksiin.

5.2.9 Hoitotiimissä 3 koettu asiakasarvo

Loppukäyttäjän 4 hoidossa havaittujen Evondos-palvelun vaikutusten voidaan tunnistaa johtavan useisiin asiakasarvon elementteihin. Nämä asiakasarvon elementit ja palvelun vaikutukset, jotka niihin ovat johtaneet esitellään taulukossa 9. Loppukäyttäjän 4 hoidossa on voitu jättää pois 2-3 käyntiä viikossa, mistä seuraa suoraa taloudellista hyötyä. Koska loppukäyttäjä asuu pitkän ajomatkan päässä hoitotiimin tiloista, käynnit hänen luonaan koettiin tehottomaksi ajan käytöksi. Niinpä näiden käyntien ja autossa vietetyn ajan vähenemisestä koettiin olevan myös psykologista hyötyä:

”Kyllä tää on helpottanut meidän työtä ihan älyttömästi. Ei tarvi ajaa pitkiä aikoja sinne kauas enää niin usein” –Hoitaja 2, hoitotiimi 3

Lääkkeiden väärinkäytön vuoksi hoitajat olivat aiemmin voineet jättää loppukäyttäjälle kerrallaan vain muutaman päivän lääkkeitä. Niistäkin loppukäyttäjä saattoi syödä osan liian aikaisin. Aiemmin käytetyt hoitomenetelmät eivät mahdollistaneet lääkkeiden väärinkäytön estämistä kustannustehokkaasti. Tämä oli aiheuttanut hoitajalle harmia, sillä he

tiesivät, että loppukäyttäjä ei toteuttanut lääkehoitoa lääkärin ohjeiden mukaisesti. Lääkkeiden väärinkäytön estämisellä koettiin olevan psykologista hyötyä. Lisäksi lääkkeiden väärinkäytön estäminen johti lääkkeiden aiempaa täsmällisempään ottamiseen, mistä seuraa epäsuoraa taloudellista hyötyä (kts. esim. Sokol et al. 2005; Roebuck et al. 2011; Jha et al. 2012).

Taulukko 9. *Evondos-palvelun tunnistetut asiakasarvon elementit loppukäyttäjän 4 hoidossa.*

Vaikutus	Hyötyelementit			Uhrauselementit		
	Taloud.		Psykol.	Taloud.		Psykol.
	Suora	Epäsuor.		Suora	Epäsuor.	
Lääkemuistutuskäynti on jätetty pois	x		x			
Lääkkeiden väärinkäyttö on saatu estettyä		x	x			
Asiakkaalta pystytään selvittämään asioita ilman, että hänen luonaan tarvitsee käydä			x			
Hoidon poikkeustilanteista saadaan ilmoituksia ja niihin pitää reagoida			x	x		x
Hoitajien aikataulun joustavuus on lisääntynyt			x			
Lääkkeenoton täsmällisyydestä saadaan tietoa			x			

Lisäksi hoitajat kokivat viestintäominaisuuden käteväksi. Sen koettiin helpottavan ja tuovan joustavuutta työhön. Siitä on siis seurannut psykologista hyötyä.

Seuraavat kolme vaikutusta ovat sellaisia, että ne koskivat kaikkia hoitotiimin 3 loppukäyttäjää. Niiden kohdalla asiakasarvokokemuksen muodostuminen kuvataan loppukäyttäjän 4 kohdalla, mutta sitä ei toisteta enää loppukäyttäjien 5, 6 ja 7 kohdalla.

Evondos-palveluun keskeisesti liittyvät ilmoitukset hoidon poikkeustilanteista koettiin monikerroksisesti. Ilmoitusten paljastamiin poikkeustilanteisiin reagoiminen saattaa edellyttää koordinoitua tiimin hoitajien kesken sekä vaatii mahdollisesti käynnin loppukäyttäjän luona. Tähän kuluu aikaa, mikä on hoito-organisaatiolle suora taloudellinen uhraus. Yksi hoitaja koki häiritseväksi sen, että ilmoitukset tulivat puhelun ja tekstiviestin lisäksi myös sähköpostina hoitajien henkilökohtaiseen sähköpostiin. Hän kertoi, että hän

ei käy lukemassa sähköpostiviestejä päivittäin, ja sen vuoksi hänen sähköpostikansiossaan odottaa aina suuri määrä Evondos-palvelun ilmoituksia, kun hän kirjautuu sisään sähköpostiohjelmaansa. Hänen tapauksessaan sähköpostiviestit aiheuttivat siis psykologista haittaa. Hoitajat kokivat ilmoituksista olevan kuitenkin myös psykologista hyötyä. Hoidon poikkeustilanteista saatavien ilmoitusten koettiin lisäävän loppukäyttäjien turvallisuutta, ja siten parantavan hoidon laatua.

Lisäksi hoitajien aikataulun joustavuuden koettiin lisääntyneen kaikkien loppukäyttäjien kohdalla. Tämä koettiin psykologisena hyötynä. Hoitajat olivat aiemmin kokeneet lääkkeenoton sanelleen heidän hoitokäyntien aikataulun, mutta loppukäyttäjien kohdalla näin ei enää ollut:

”Kyllähän se tuo sellaista varmuutta, että mää tiiän, että se asiakas on ottanut ne lääkkeet, että mun ei tarvi mennä hirveen aikasin aamulla esimerkiksi kattomaan, onko se ottanut lääkkeet.” –Hoitaja 1, hoitotiimi 3

Haastattelun aikana kävi ilmi myös, että loppukäyttäjien lääkehoidon toteutumisesta saadun tiedon ansiosta loppukäyttäjille pystyttiin antamaan aiempaa parempaa hoitoa. Hoitajat kokivat lääkkeenottoajankohdasta etähoitojärjestelmän kautta saadun tiedon olevan hyödyllistä. Tämä koettiin hoitotiimissä psykologisena hyötynä.

Evondos-palvelulla voitiin tunnistaa olevan asiakasarvoa myös loppukäyttäjän 5 hoidossa. Tunnistetut asiakasarvon elementit on esitelty taulukossa 10. Hänen kohdallaan oltiin voitu jättää yksi päivittäinen lääkemuistutuskäynti pois, mistä seuraa suoraa taloudellista hyötyä.

Evondos-palvelun muistutusominaisuuden mahdollistamat ajastetut muistutukset koettiin hyödyllisiksi ja käteviksi. Hoitajat kokivat niiden lisäävän työn joustavuutta ja parantavan hoidon laatua.

Taulukko 10. Evondos-palvelun tunnistetut asiakasarvon elementit loppukäyttäjän 5 hoidossa.

Vaikutus	Hyötyelementit			Uhrauselementit		
	Taloud.		Psykol.	Taloud.		Psykol.
	Suora	Epäsuor.		Suora	Epäsuor.	
Lääkemuistutuskäynti on jätetty pois	x					
Asiakasta pystytään muistuttamaan asioista ilman, että hänen luonaan tarvitsee käydä			x			
Hoidon poikkeustilanteista saadaan ilmoituksia ja niihin pitää reagoida			x	x		x
Hoitajien aikataulun joustavuus on lisääntynyt			x			
Lääkkeenoton täsmällisyydestä saadaan tietoa			x			

Loppukäyttäjän 6 hoitoon palvelun tunnistettiin vaikuttavan siten, että hän otti lääkkeet aiempaa täsmällisemmin. Tästä seurannut asiakasarvo on esitetty tiedonkäsittelytaulukon avulla taulukossa 11. Lääkkeenoton täsmällisyyden parantumisesta seuraa epäsuoraa taloudellista hyötyä (kts. esim. Sokol et al. 2005; Roebuck et al. 2011; Jha et al. 2012). Lisäksi sen koettiin parantavan hoidon laatua:

”... Että kun se saa ne lääkkeet ajallaan, niin kyllä se silleen parantaa hoidon laatua ja asiakkaan vointia. Että saa ne tiettyyn kellonaikaan ja tulee säännöllisesti” Hoitaja 2, hoitotiimi 3

Tämän lisäksi loppukäyttäjän 6 aamukäynti voitiin siirtää myöhempään ajankohtaan hoitajien aamuruuhkan ulkopuolelle. Tällä koettiin olevan psykologista hyötyä. Hoitajat kokivat käyntien siirtymisen vähentävän aamun lääkejakoon liittyvää aikataulupainetta.

Taulukko 11. Evondos-palvelun tunnistetut asiakasarvon elementit loppukäyttäjän 6 hoidossa.

Vaikutus	Hyötyelementit			Uhrauselementit		
	Taloud.		Psykol.	Taloud.		Psykol.
	Suora	Epäsuor.		Suora	Epäsuor.	
Lääkkeet otetaan aiempaa täsmällisemmin		x	x			
Aamukäynti on voitu siirtää myöhemmäksi			x			
Hoidon poikkeustilanteista saadaan ilmoituksia ja niihin pitää reagoida			x	x		x
Hoitajien aikataulun joustavuus on lisääntynyt			x			
Lääkkeenoton täsmällisyydestä saadaan tietoa			x			

Palvelun asiakasarvo loppukäyttäjän 7 hoidossa on esitetty taulukossa 12. Haastattelussa kävi ilmi, että hoitajat kokivat muistutusominaisuuden hyvänä ja käytännöllisenä myös hänen hoidossaan. Helpolla tavalla muistuttaa loppukäyttäjää erilaisista asioista koettiin olevan psykologista hyötyä.

Taulukko 12. Evondos-palvelun tunnistetut asiakasarvon elementit loppukäyttäjän 7 hoidossa.

Vaikutus	Hyötyelementit			Uhrauselementit		
	Taloud.		Psykol.	Taloud.		Psykol.
	Suora	Epäsuor.		Suora	Epäsuor.	
Asiakasta pystytään muistuttamaan asioista ilman, että hänen luonaan tarvitsee käydä			x			
Aamukäynti on voitu siirtää myöhemmäksi			x			
Hoidon poikkeustilanteista saadaan ilmoituksia ja niihin pitää reagoida			x	x		x
Hoitajien aikataulun joustavuus on lisääntynyt			x			
Lääkkeenoton täsmällisyydestä saadaan tietoa			x			

Myös loppukäyttäjän 7 kohdalla aamukäynti oltiin voitu siirtää myöhemmäksi, minkä koettiin helpottavan aikataulupainetta:

”... se saa ne lääkkeet säännöllisesti. Että kun me ei voida aina olla siellä niin tarkkaan antamassa niitä lääkkeitä. ”Välillä on voinut aamulääkkeet venyä myöhään, ja on ollut hirveä kiire, kunnes on saanut lääkkeet annettua. Nyt mä tiedän, että mun ei tarvi olla siellä niin tarkkaan aikaan.” Hoitaja 4, hoitotiimi 3

5.3 Tutkimuskohteiden synteesi

5.3.1 Evondos-palvelun tiimikohtaiset vaikutukset

Hoitajat kolmessa hoitotiimissä tunnistivat yhteensä 11 erilaista vaikutusta, joita Evondos-palvelulla on ollut hoitoprosessiin vähintään yhden loppukäyttäjän kohdalla. Kaikki tunnistetut vaikutukset ja hoitotiimit, joissa vaikutukset on havaittu, on esitetty taulukossa 13. Monet vaikutuksista ovat ilmenneet useamman kuin yhden loppukäyttäjän kohdalla.

Taulukko 13. Yhteenvedo Evondos-palvelun vaikutuksista hoitotiimeissä.

Vaikutus	Tiimi
Lääkemuistutuskäynti on jätetty pois	1, 2, 3
Lääkkeet otetaan aiempaa täsmällisemmin	1, 2, 3
Lääkkeenoton täsmällisyydestä saadaan tietoa	1, 3
Hoidon poikkeustilanteista saadaan ilmoituksia ja niihin pitää reagoida	1, 3
Hoitajien aikataulun joustavuus on lisääntynyt	1, 3
Ilta-lääkettä ei tarvitse enää antaa liian aikaisin	1
Matkatilan aktivoimiseen kuluu aikaa	1
Lääkkeiden väärinkäyttö on saatu estettyä	3
Asiakkaalta pystytään selvittämään asioita ilman, että hänen luonaan täytyy käydä	3
Asiakasta pystytään muistuttamaan asioista ilman, että hänen luonaan tarvitsee käydä	3
Aamukäynti on voitu siirtää myöhemmäksi	3

Kaksi vaikutusta hoitoprosesseihin on tunnistettu kaikissa hoitotiimeissä. Nämä vaikutukset ovat ”lääkemuistutuskäynti on jätetty pois” ja ”lääkkeet otetaan aiempaa täsmällisemmin”. Aineistosta havaitaan, että hoitotiimit ovat voineet vähentää käyntejä viiden loppukäyttäjän kohdalla. Kolmen kohdalla on voitu jättää pois yksi käynti päivässä ja kahden kohdalla 2-3 käyntiä viikossa. Kuukausitasolla käyntien määrä hoitotiimeissä väheni siis yhteensä 110 käynnillä.

Kolme vaikutusta tunnistettiin kahdessa hoitotiimissä. Nämä vaikutukset olivat ”lääkkeenoton täsmällisyydestä saadaan tietoa”, ”hoidon poikkeustilanteista saadaan ilmoituksia ja niihin pitää reagoida” sekä ”hoitajien aikataulun joustavuus on lisääntynyt”. Loput seitsemän vaikutusta tunnistettiin vain yhdessä hoitotiimissä. Kaksi näistä vaikutuksista liittyy viestintä- ja muistutusominaisuuteen, jota hyödynnettiin vain hoitotiimissä 3. Muistutus- ja viestintäominaisuudesta olisi ollut hyötyä myös muissa hoitotiimeissä. Se, että sitä ei kuitenkaan hyödynnetty muissa tiimeissä johtuu siitä, että hoitajat eivät saaneet riittävää koulutusta tai tukea käyttöönottovaiheessa, että he olisivat tottuneet näiden ominaisuuksien käyttöön.

Aineiston perusteella vaikutusten ilmenemisessä ja tunnistamisessa oli hoitotiimien välillä suuria eroja. Hoitotiimi 3 tunnistasi selvästi eniten vaikutuksia – yhteensä yhdeksän. Hoitotiimi 1 tunnistasi seitsemän vaikutusta ja hoitotiimi 2 kaksi. Suuriin eroihin tiimien välillä vaikuttanee se, että loppukäyttäjät olivat jakaantuneet epätasaisesti tiimien välillä, haastatteluun osallistuneiden henkilöiden lukumäärä vaihteli tiimikohtaisesti ja tiimit hyödynsivät palvelun ominaisuuksia eri tavoin.

5.3.2 Evondos-palvelun asiakasarvo

Tunnistetuista vaikutuksista seurasi asiakasarvoa kaikissa tapauksissa. Hoitotiimi 1 tunnisti vaikutuksista seuraavan yhteensä seitsemän erilaista arvoelementtiä. Nämä arvoelementit on esitetty taulukossa 14. Jos jokin vaikutus ja arvoelementti on tunnistettu useamman kuin yhden loppukäyttäjän kohdalla, havainnollistetaan sitä taulukossa useammalla x-symbolilla. Yksi x-symboli tarkoittaa aina yhtä loppukäyttäjää, jonka kohdalla vaikutus on havaittu. Havaituista asiakasarvon elementeistä seitsemän on hyötyjä ja kaksi uhrauksia. Neljä vaikutusta havaittiin kahden loppukäyttäjän kohdalla. Useimmin palvelun vaikutusten tunnistettiin johtavan psykologiseen hyötyyn. Psykologista hyötyä syntyi viiden vaikutuksen kohdalla.

Taulukko 14. Hoitotiimissä 1 tunnistettu asiakasarvo.

Vaikutus	Hyötyelementit			Uhrauselementit		
	Taloud.		psyk	Taloud.		psyk
	Suora	epäsuor.		suor.	epäsuor.	
Lääkkeet otetaan aiempaa täsmällisemmin		x	x			
Lääkemuistutuskäynti on jätetty pois	xx					
Iltaaläkkeitä ei tarvitse enää laittaa tarjolle etukäteen			x			
Matkatilan aktivoimiseen kuuluu aikaa				x		
Hoitajien aikataulun joustavuus on lisääntynyt			xx			
Lääkkeenoton täsmällisyydestä saadaan tietoa			xx			
Hoidon poikkeustilanteista saadaan ilmoituksia, ja niihin pitää reagoida			xx	xx		

Molemmista hoitotiimissä 2 havaituista kahdesta vaikutuksesta seurasi taloudellista hyötyä. Nämä arvoelementit on esitetty taulukossa 15. Uhrauselementtejä ei tunnistettu.

Taulukko 15. Hoitotiimissä 2 tunnistettu asiakasarvo.

Vaikutus	Hyötyelementit			Uhrauselementit		
	tal.		Psykol.	tal.		Psykol.
	Suora	epäsuor.		Suora	epäsuor.	
Lääkkeet otetaan aiempaa täsmällisemmin		x				
Lääkemuistutuskäynti on jätetty pois	x					

Hoitotiimissä 3 tunnistettiin yhteensä yhdeksän vaikutusta, ja kaikista niistä tunnistettiin seuraavan asiakasarvoa. Nämä asiakasarvon elementit on esitetty taulukossa 16. Jos jokin vaikutus ja arvoelementti on tunnistettu useamman kuin yhden loppukäyttäjän kohdalla, havainnollistetaan sitä taulukossa useammalla x-symbolilla. Yksi x-symboli tarkoittaa aina yhtä loppukäyttäjää, jonka kohdalla vaikutus on havaittu. Vaikutuksilla tunnistettiin yhteys 11 hyötyelementin ja kahden uhrauselementin kanssa. Myös hoitotiimissä 3 tunnistettiin selvästi eniten psykologista hyötyä. Psykologista hyötyä koettiin saatavan jokaisen vaikutuksen kohdalla.

Taulukko 16. *Hoitotiimissä 3 tunnistettu asiakasarvo.*

Vaikutus	Hyötyelementit			Uhrauselementit		
	Taloud.		Psykol.	Taloud.		Psykol.
	Suora	Epäsuor.		Suora	Epäsuor.	
Lääkemuistutuskäynti on jätetty pois	xx		x			
Lääkkeiden väärinkäyttö ollaan saatu estettyä		x	x			
Asiakkaalta pystytään selvittämään asioita ilman, että hänen luonaan tarvitsee käydä			x			
Asiakasta pystytään muistuttamaan asioista ilman, että hänen luonaan tarvitsee käydä			xx			
Lääkkeet otetaan aiempaa täsmällisemmin		x	x			
Aamukäynti on voitu siirtää myöhemmäksi			xx			
Hoidon poikkeustilanteista saadaan ilmoituksia ja niihin pitää reagoida			xxxx	xxxx		xxxx
Hoitajien aikataulun joustavuus on lisääntynyt			xxxx			
Lääkkeenoton täsmällisyydestä saadaan tietoa			xxxx			

Kolme vaikutusta havaittiin kaikkien neljän loppukäyttäjän kohdalla ja kolme kahden loppukäyttäjän kohdalla. Näistä vaikutuksista seurannut asiakasarvo koettiin samalla lailla kaikkien paitsi ”lääkemuistutuskäynti on jätetty pois” –vaikutuksen kohdalla. Sen yhteydessä toisen loppukäyttäjän kohdalla koettiin vain suoraa taloudellista hyötyä ja toisen kohdalla koettiin myös psykologista hyötyä suoran taloudellisen hyödyn lisäksi. Tässä tapauksessa psykologisen hyödyn kokeminen liittyi pitkien ajomatkojen vähene-
miseen.

6 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Työn uutuusarvo

Tämän tutkimuksen tavoite oli selvittää, miten eHealth-ratkaisut luovat asiakasarvoa julkisille kotihoito-organisaatioille. Tutkimus keskittyi vaikutuksiin, joita eHealth-ratkaisulla voi olla kotihoidon prosesseihin, ja näistä vaikutuksista kumpuavaan asiakasarvoon. Lisäksi tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, miten case-yrityksen eHealth-ratkaisun asiakasarvo muodostuu case-asiakkaalle.

Oman haasteensa työhön toi se, että kirjallisuuskatsauksen perusteella ei löytynyt aiempia tutkimuksia, joissa käsitellään asiakasarvon muodostumista kotihoidon toimintakentässä. Porter (2010) korostaa, että asiakasarvoajattelu ei ole tyypillistä terveydenhuollossa. Tässä työssä ikääntyneiden julkista kotihoitoa tarkastellaan uudesta näkökulmasta. Tämä tutkimus on yksi ensimmäisistä avauksista asiakasarvoajattelun ja ikääntyneiden hoivan yhdistämisessä. Tutkimuksessa esitettiin yksi tapa tuoda asiakasarvoajattelua kotihoidon toimintakenttään. Esitetyn menetelmän avulla voidaan arvioida kotihoidon toimintakenttään tuotavan ratkaisun tai uuden toimintatavan asiakasarvoa analyttisesti. Kattavien arviointimenetelmien kehittämisen haasteena on, että uuden ratkaisun aikaansaamat vaikutukset voivat olla havaittavissa vasta pitkän ajan kuluttua.

Monet yritykset ovat kiinnostuneita väestön ikääntymiseen liittyvistä liiketoimintamahdollisuuksista ja ovat siksi lähteneet kehittämään omia eHealth-ratkaisujaan. Näiden yritysten menestyksen kannalta on keskeisen tärkeää, että niissä ymmärretään, millaisessa ympäristössä heidän ratkaisujaan tullaan käyttämään. Asiakasarvo on näille yrityksille hyvä, mutta armoton mittari – se määrittää, otetaanko eHealth-ratkaisut käyttöön vai ei. Tässä työssä luotiin viitekehys teemoista ja tekijöistä, jotka vaikuttavat asiakasarvon muodostumiseen kotihoidon toimintakentässä. Koska asiakasarvo on moniulotteinen käsite ja julkinen kotihoito monimutkainen kokonaisuus, on kokonaiskuvan hahmottaminen tärkeää. Kun kokonaiskuva on selkeä, voidaan jatkotutkimuksessa syventyä asiakasarvon muodostumisen eri elementteihin. Samalla tulee kuitenkin tiedostaa, että ne ovat vain osa suurempaa kokonaisuutta.

6.2 Tutkimuksen käytännön havainnot

Case-yrityksen eHealth-ratkaisun asiakasarvo case-asiakkaalle havainnollistetaan viitekehysten avulla kuvassa 12. Kuvassa on esitetty case-asiakkaan hoitotiimien havaitsemat case-yrityksen eHealth-ratkaisun vaikutukset, joilla tunnistettiin olevan vaikutusta hoitoorganisaation asiakasarvoon. Kuvassa ei oteta kantaa siihen, mikä on asiakasarvon suu-

ruus, tai onko se positiivinen vai negatiivinen. Kuvassa esitetään, mistä asiakasarvon elementeistä case-asiakkaan kokema asiakasarvo muodostuu. Kuvaan on merkitty numeroilla, kuinka monen loppukäyttäjän kohdalla kyseinen vaikutus ja asiakasarvon elementti on tunnistettu. Tutkimuksessa tarkasteltiin yhteensä seitsemää loppukäyttäjää. Kuvasta voidaan huomata, että suurin osa vaikutuksista oli sellaisia, että niistä seurasi hyötyä. Suoraa taloudellista hyötyä saavutettiin tarpeettomaksi jääneiden lääkemuistutuskäyntien myötä. Viiden loppukäyttäjän kohdalla pystyttiin vähentämään lääkemuistutuskäyntejä yhteensä 110 käynnillä kuukaudessa.

Vaikutukset	Hyötyelementit			Uhrauselementit		
	Taloudellinen		Psykologinen	Taloudellinen		Psykologinen
	Suora	Epäsuora		Suora	Epäsuora	
Lääkemuistutuskäynti on jätetty pois	5		1			
Aamukäynti on voitu siirtää myöhemmäksi			2			
Lääkkeiden väärinkäyttö on saatu estettyä		1	1			
Lääkkeet otetaan aiempaa täsmällisemmin		3	2			
Lääkkeenoton täsmällisyydestä saadaan tietoa			6			
Iltilääkkeitä ei tarvitse enää laittaa tarjolle etukäteen			1			
Hoitajien aikataulun joustavuus on lisääntynyt			6			
Hoidon poikkeustilanteista saadaan ilmoituksia ja niihin pitää reagoida			6	6		4
Matkatilan aktivoimiseen kuluu aikaa				1		
Asiakkaalta pystytään selvittämään asioita ilman, että hänen luonaan tarvitsee käydä			1			
Asiakasta pystytään muistuttamaan asioista ilman, että hänen luonaan tarvitsee käydä			2			

Kuva 12. Case-yrityksen eHealth-ratkaisun asiakasarvo case-asiakkaalle.

Epäsuoraa taloudellista hyötyä saavutettiin, kun loppukäyttäjiltä estettiin lääkkeiden väärinkäyttö, ja he ottivat lääkkeensä aiempaa täsmällisemmin. Psykologista hyötyä saavutettiin yhteensä kymmenen vaikutuksen kohdalla. Suoria taloudellisia uhrauksia syntyi, kun hoitajilta kului aikaa hoidon poikkeustilanteiden selvittämiseen ja matkatilan aktivoimiseen. Epäsuoria taloudellisia uhrauksia ei havaittu. Psykologisena uhrauksena tunnistettiin hoidon poikkeustilanteisiin liittyvät hälytykset.

Tunnistetuista vaikutuksista ja asiakasarvon elementeistä seitsemän on sellaisia, että ne havaittiin useamman kuin yhden loppukäyttäjän kohdalla. Tulosten siirrettävyyttä tarkasteltaessa se, että vaikutus ja asiakasarvo on havaittu useamman loppukäyttäjän kohdalla

ja vielä useammassa tiimissä, kertoo havainnon robustisuudesta ja siitä, että se on todennäköisesti saavutettavissa myös muissa kyseistä eHealth-ratkaisua käyttävissä kotihoito-organisaatioissa.

Tunnistetut asiakasarvoelementit vaihtelivat paljon hoitotiimien välillä. Se kertoo siitä, että palvelua on hyödynnetty eri lailla eri tiimeissä. Palvelun avulla saavutettavat tulokset riippuvat hyvin paljon siitä, miten case-yrityksen eHealth-ratkaisua käytetään. Tuloksiin vaikuttaa oleellisesti se, mitä tavoitteita palvelun käyttöönotolle asetetaan, miten asiakasvalinta toteutetaan, ja mitä ratkaisun ominaisuuksia hyödynnetään. Case-yrityksen eHealth-ratkaisu tarjoaa hoitotiimille potentiaalista asiakasarvoa. Saavutettava asiakasarvo riippuu kuitenkin viime kädessä hoitotiimin kyvystä muuttaa prosessejaan ja omaksua uusia toimintatapoja. Kyse on arvon yhteisluomisesta, johon osallistuu niin case-yritys kuin hoito-organisaatiokin.

Nämä case-asiakkaan kolmesta hoitotiimistä saadut tulokset antavat käsitystä siitä, millaista asiakasarvoa eHealth-ratkaisujen avulla voidaan kotihoito-organisaatioissa saavuttaa. Kotihoidon toimintakenttään vietäviä eHealth-ratkaisuja on kehitetty monenlaisia ja moniin erilaisiin tarpeisiin. Tulokset osoittavat, että eHealth-ratkaisut voivat luoda kotihoito-organisaatioille asiakasarvoa ainakin vapauttamalla hoitajien työaikaa, lisäämällä hoitotyön joustavuutta, parantamalla hoitotyön laatua sekä parantamalla informaation kulkua.

Kotihoito-organisaatioiden näkökulmasta tämä tutkimus osoittaa, että hoito-organisaation asiakasarvoa ei ole mahdollista tarkastella siten, että kotihoidon asiakkaan kokemukset suljettaisiin tulosten ulkopuolelle. Vaikka tässä tutkimuksessa tarkasteltiin asiakasarvoa vain hoito-organisaation näkökulmasta, heijastuivat kotihoidon asiakkaiden kokemukset tuloksiin. Hoitajat kokevat oman työnsä laadun voimakkaasti kotihoidon asiakkaan hyvinvoinnin kautta. Sen vuoksi monet tässä tutkimuksessa esiin nousseet psykologiset hyödyt liittyvät loppukäyttäjän hyvinvointiin, mutta ne heijastuvat hoitajien kokemuksen työn laadun kautta psykologisena asiakasarvon elementtinä hoito-organisaation kokemaan asiakasarvoon. Esimerkki tällaisesta loppukäyttäjän hyvinvointiin keskeisesti liittyvästä hyödyistä on, että ”lääkkeet otetaan aiempaa täsmällisemmin”, mikä tunnistettiin kolmen loppukäyttäjän kohdalla. Lääkkeiden täsmällinen ottaminen on tärkeää ensisijaisesti loppukäyttäjän hyvinvoinnin kannalta. Hoitajat kokivat kuitenkin saavansa psykologista hyötyä tietäessään loppukäyttäjien ottavan lääkkeensä täsmällisesti. Hoitajan ja kotihoidon asiakkaan välinen tiivis hoitosuhde hämärtää todennäköisesti rajoja näiden kahden tahon arvokokemusten välillä.

Psykologiset tekijät korostuivat tuloksissa. Tämä johtuu todennäköisesti siitä, että haastatellut henkilöt olivat hoitajia tai hoitotiimien esimiehiä, eli he toimivat organisaation hoitotyötä toteuttavalla tasolla. Tällä organisaation tasolla psykologiset tekijät vaikuttavat

olevan suuressa roolissa. Jotta kotihoitoon tuotavat eHealth-ratkaisut otetaan hoito-organisaatioissa vakituiseen käyttöön, on tärkeää, että asiakasarvoon vaikuttavat psykologiset tekijät tunnetaan. Taloudellisia hyötyjä ei voida saavuttaa ennen kuin uuden ratkaisun käyttöön osallistuvat osapuolet hyväksyvät sen ja alkavat käyttää sitä. Se, hyväksyykö yksilö uuden ratkaisun ja ottaa sen käyttöön, määräytyy ennen kaikkea psykologisten tekijöiden perusteella. Sen vuoksi taloudellisten hyötyjen mittaaminen on hyödytöntä niin kauan, kun psykologisia tekijöitä ei tunneta. Taloudelliset hyödyt ovat kotihoidon toimintakentässä alisteisia psykologisille tekijöille. Asiakasarvon taloudelliset elementit voivat näkyä vasta, kun psykologiset elementit ovat keskeisten sidosryhmien keskuudessa riittävällä tasolla. Case-asiakkaan kohdalla psykologiset elementit estivät taloudellisen hyödyn saavuttamisen joidenkin loppukäyttäjien kohdalla, kun eHealth-ratkaisun käyttö keskeytyi joko loppukäyttäjän itsensä tai tämän omaisen vaatimuksesta. Tietenkin on huomioitava, että tällaisiin päätöksiin voi vaikuttaa myös monet eHealth-ratkaisun toiminnan ulkopuoliset tekijät kuten ihmisten ennakkoluulot tai tapa, jolla ratkaisusta on heille viestitty.

Tutkimuksessa havaitut psykologiset tekijät antavat kotihoito-organisaatioille eväitä eHealth-ratkaisujen käyttöönottoon. Havainnot osoittavat, millaisia tekijöitä hoitajat pitävät positiivisina ja mitä negatiivisina. Soveltamalla tämän tutkimuksen tuloksia organisaation sisäisessä viestinnässä hoito-organisaatioiden johto pystyy tehokkaammin vaikuttamaan hoitajiin ja voi saada heidät tukemaan uusia eHealth-hankkeita.

Hoiva-alan näkymät ovat työnantajien näkökulmasta haastavat. Uusien hoitajien kysyntä tulee ylittämään tarjonnan lähivuosina. Hoitajien kuormitus on havaittu useissa tutkimuksissa suureksi. Kotihoito-organisaatiot voivat hyödyntää eHealth-ratkaisuja, ja profiloida itsensä niiden käytön avulla moderniksi ja vetovoimaiseksi työnantajaksi, joka huomioi myös hoitotyön psykologiset tekijät. Hoito-organisaatioiden vetovoimatekijöiden tärkeys korostuu tulevaisuudessa, kun hoito-organisaatiot joutuvat kilpailemaan hoitajista.

Tuloksista käy ilmi myös se, että vaikka eHealth-ratkaisujen avulla voidaan ratkaista inhimillisiin tekijöihin liittyviä haasteita ja lisätä toiminnan tehokkuutta, ne eivät korvaa ihmistä kokonaan. EHealth-ratkaisujen myötä hoitotyön haasteet muuttavat muotoaan. Siinä missä haasteet ovat aiemmin liittyneet kiireeseen, inhimillisiin virheisiin ja resursien riittävyyteen, uudet teknologian mukanaan tuomat haasteet ovat luonteeltaan teknisiä. Tällaisia haasteita voidaan kohdata esimerkiksi häiriötilanteiden yhteydessä.

Case-yrityksen näkökulmasta tutkimustulokset korostavat käyttäjien koulutuksen ja perehdytyksen merkitystä. Yrityksen eHealth-ratkaisun käyttöönotto pitää varmistaa hoitajien ja loppukäyttäjien tasoilla. Vaikka organisaation ylemmillä tasolla oltaisiin jo tehty päätös eHealth-ratkaisun käyttöönotosta, asiakasarvo ei realisoidu ennen, kuin hoitajat ja loppukäyttäjät hyväksyvät ratkaisun käytön. Se, että case-yrityksen eHealth-ratkaisun viestintäominaisuutta käytettiin vain yhdessä hoitotiimissä osoittaa, että koulutuksella ja

tuella voidaan suoraan vaikuttaa siihen, kuinka suurena hoito-organisaatio kokee ratkaisun asiakasarvon. Se, että hoito-organisaatio omaksuu case-yrityksen eHealth-ratkaisun mahdollisimman hyvin, on siis myös yrityksen intressien mukaista. Tulokset viittaavat siihen, että koulutus ja tuki ei case-asiakkaan kohdalla ollut kaikilta osin riittävää, sillä kaikki hoitotiimit eivät hyödyntäneet ratkaisun kaikkia ominaisuuksia tai eivät tienneet niiden olemassaolosta.

Tutkimustulokset osoittivat, että case-yrityksen eHealth-ratkaisussa oli joitakin ominaisuuksia, joiden hoito-organisaatio koki pienentävän ratkaisun asiakasarvoa. Case-yrityksen kannattaakin miettiä, miten näiden tekijöiden vaikutukset saadaan minimoitua. Asiakasarvoa pienentäviksi vaikutuksiksi koettiin se, että poikkeustilanteista tulee hälytyksiä, joihin täytyy reagoida ja se, että matkatilan aktivoimiseen kuluu aikaa. Asiakasarvoa kasvattaakseen case-yritys voi siis miettiä, miten hälytysten häiritsevyyttä voisi pienentää ja onko matkatilan aktivoimiseen kuluva aikaa mahdollista lyhentää.

Tämän tutkimuksen tulokset nostivat esiin myös hoito-organisaation kokemaan asiakasarvoon liittyviä teemoja, joita case-yritys voisi hyödyntää esimerkiksi myynissä ja markkinoinnissa. Tutkimuksessa esille nousseet teemat puhuttelevat erityisesti niitä hoito-organisaation tasoja, jotka työskentelevät käytännön hoitotyön parissa. Case-yritys voisi hyödyntää näitä havaintoja myyntiprosessissaan siinä vaiheessa, kun eHealth-ratkaisua esitellään hoitotiimeille. Viestinnässä tulee siinä vaiheessa korostaa psykologisia tekijöitä. Tälle hoito-organisaation tasolle suunnattu sanoma poikkeaa siitä kustannuskeskeisestä viestistä, jota käytetään lähestyttäessä hoito-organisaation johtoa.

Tämän tutkimuksen tulokset nostavat esiin myös sellaisia teemoja, jotka ovat mielenkiintoisia koko **yhteiskunnan näkökulmasta**. Tulokset osoittavat, että eHealth-ratkaisuilla voidaan vaikuttaa julkisen kotihoidon kustannuksiin ja laatuun. Toimivat eHealth-ratkaisut yhdessä hyvin koulutetun hoitohenkilökunnan kanssa mahdollistavat laadukkaan ja kustannustehokkaan kotihoidon.

Suomen tämänhetkinen regulaatio ei mahdollista eHealth-ratkaisujen potentiaalin täysimääräistä hyödyntämistä ikääntyneiden hoidossa. STM säätelee hoito-organisaatioiden toimintaa muun muassa henkilöstömitoitukseen ja kotihoidon asiakkaille annettavaan välittömään asiakasaikaan liittyvien sääntöjen avulla. Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että hoidon laatua voidaan parantaa ja henkilöstön kuormitusta voidaan vähentää eHealth-ratkaisujen avulla. STM:n säännökset eivät kuitenkaan nykyisellään mahdollista ikääntyneiden hoidon kehittämistä tällaisten ratkaisujen avulla, sillä henkilöstömitoitus ohjaa tekemään työtä perinteisin työvoimaintensiivisin menetelmin. Asia voitaisiin korjata esimerkiksi laskemalla hoito-organisaatiossa käytössä olevat erilaiset eHealth-ratkaisut mukaan henkilöstömitoitukseen kertoimella, joka on yksilöllinen kullekin ratkaisulle.

Tulokset osoittavat, että hyväkuntoiset kotihoidon asiakkaat voivat asua kotonaan eHealth-ratkaisujen avulla lähes täysin itsenäisesti. Tästä syntyy käsitys, että eHealth-ratkaisut mahdollistavat täysin uuden kevyen hoitomuodon ikääntyneille, joiden hoidon tarve liittyy vain joihinkin yksittäisiin eHealth-ratkaisujen avulla täytettävissä oleviin tarpeisiin. Tällainen tarve voi olla esimerkiksi lääkehoidon turvallinen toteuttaminen. Nämä ikääntyneet voitaisiin jatkossa ohjata kotihoidon sijaan uuden eHealth-ratkaisujen ympärille rakennetun hoitomuodon piiriin. Koko yhteiskunta säästäisi varojaan, kun osa ikääntyneistä pystyttäisiin hoitamaan kevyemmin menetelmin.

Yksi tämän tutkimuksen keskeisistä havainnoista on, että asiakasarvon määrittäminen kotihoidon toimintakentässä on monimutkainen prosessi. Sen vuoksi myös palveluiden hankkiminen kotihoidon kaltaiseen moniulotteiseen toimintakenttään vaatii hankkijalta syvällistä ymmärrystä asiakasarvon muodostumisesta ja hoitotyön luonteesta. Laissa tarkasti säännellyt julkiset hankinnat perustuvat pitkälti siihen, että organisaatiot tietävät, mitä ovat hankkimassa ja pystyvät kuvaamaan ja määrittelemään tarpeensa yksityiskohdaisesti tarjouspyynnössä. Kun tarkastellaan kotihoidon toimintakenttään vietäviä eHealth-ratkaisuja, herää kysymys, voiko minkään kunta- tai kaupunkiorganisaation osaaminen ja ymmärrys kotihoidosta, asiakasarvosta ja teknologiasta olla sellaisella tasolla, että ne kykenisivät järjestämään kilpailutuksen, joka johtaisi organisaation kannalta parhaaseen lopputulokseen.

Yhdisteltäessä tämän tutkimuksen tuloksia ja teemoja viime aikoina kiivaana velloneeseen sote-keskusteluun avautuu mielenkiintoisia mahdollisuuksia. Sote-uudistuksen myötä sosiaali- ja terveyspalveluita järjestävien yksiköiden lukumäärä tulee pienenevän. Tämä tulee johtamaan siihen, että palvelutuotanto keskittyy kotiin vietävien palvelujen osalta nykyistä suurempiin yksiköihin. Tästä seuraa väistämättä myös se, että välimatkat hoitoyksiköistä asiakkaiden koteihin kasvavat. Tämä lisää eHealth-ratkaisujen mahdollistamien etähoito-, itsehoito-, etädiagnostiikka- ja turvapalvelujen houkuttelevuutta. Jos eHealth-ratkaisujen tuomat mahdollisuudet huomioitaisiin sote-organisaatioita laadittaessa, voitaisiin ratkaisujen avulla saavuttaa suurempaa asiakasarvoa kuin nykyisissä perinteisten hoivamenetelmien tarpeita varten rakennetuissa organisaatioissa. EHealth-ratkaisujen näkökulmasta rakennettu hoito-organisaatio voisi muodostua esimerkiksi keskitetyistä etäseuranta- ja etähoitokeskuksista, rutiinikäyntejä suorittavista hoitoyksiköistä ja esimerkiksi yhteistyössä pelastusviranomaisten kanssa operoiduista hälytysyksiköistä.

6.3 Tutkimuksen teoreettiset havainnot

Tutkimusaineiston analyysi perustui viitekehykseen, joka luotiin yhdistelemällä ja muokkaamalla perinteisiä asiakasarvomalleja uudella tavalla siten, että viitekehys soveltuu hyödynnettäväksi kotihoidon toimintakentässä. Viitekehys ja menetelmä, jolla asiakasarvoa määritetään, on sovellettavissa myös muiden kotihoidon toimintakenttään vietävien

eHealth-ratkaisujen asiakasarvon muodostumista arvioitaessa. Viitekehys huomioi kotihoidossa osallisena olevien sidosryhmien näkökulmat sekä erilaiset asiakasarvon elementit. Tässä tutkimuksessa viitekehystä käytettiin vain hoito-organisaation kokeman asiakasarvon määrittämiseen. Viitekehysten tarkastelunäkökulma voidaan kuitenkin laajentaa koskemaan myös muiden sidosryhmien asiakasarvokokemuksia. Tässä tutkimuksessa kehitetty viitekehys on yksi ensimmäisistä avauksista, jolla pyritään tuomaan asiakasarvoajattelua kotihoidon toimintakenttään.

Julkisten kotihoito-organisaatioiden intresseissä tulisi olla mahdollisimman suuren asiakasarvon luominen koko yhteiskunnalle. Sen vuoksi eHealth-ratkaisun asiakasarvo muodostuu useiden sidosryhmien asiakasarvokokemusten yhteisvaikutuksesta. Kotihoito-organisaation asiakasarvoon vaikuttavat ainakin kotihoidon asiakkaan, kotihoito-organisaation henkilöstön ja terveydenhuollon rahoittajien kokemukset. EHealth-ratkaisut luovat asiakasarvoa aikaansaamalla muutoksia hoitoprosesseihin. Näistä muutoksista seuraa sidosryhmille asiakasarvoa taloudellisten ja psykologisten hyötyjen ja uhrausten kautta.

Tutkimus on osoittanut, että asiakasarvokeskustelu on yksipuolista. Asiakaskäsitteen moniulotteisuus ei ole saanut riittävästi huomiota. Perinteisessä asiakasarvokirjallisuudessa asiakasarvo mielletään yhden tahon kokemuksena. Tämä tutkimus osoittaa, että asiakasarvo voi muodostua myös usean sidosryhmän kokemusten yhteisvaikutuksen tulokseksi. Moniulotteisessa toimintaympäristössä yksi taho ei voi tunnistaa asiakasarvoa kokonaisuudessaan. Asiakasrvoon määrittäminen on prosessi, jossa pitää huomioida useiden sidosryhmien kokemukset. Vaikuttaa siltä, että asiakasarvon käsitteeseen ja sen suuruuden määrittämiseen liittyvät kysymykset ovat vienneet tutkijoiden suurimman huomion, jonka seurauksena asiakasarvon soveltamisalustan kompleksisuus on jäänyt vähälle tarkastelulle. Tässä tutkimuksessa mallinnetaan asiakasarvon muodostuminen yhdessä hyvin kompleksissa soveltamisalustassa.

Tutkimustyön haastavuutta lisäsi se, että organisaation asiakasarvo on käsitteenä epämääräinen. Mistä lähteestä organisaation asiakasarvoa kuvailevaa tietoa on mahdollista saada? Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin haastatteleamalla organisaatioon kuuluvia yksilöitä. Asiakasrvo on kuitenkin aina yksilön subjektiivinen kokemus. Miten useasta yksilöstä koostuvan organisaation asiakasarvo siis oikeastaan muodostuu? Voidaanko organisaation asiakasarvoa määrittää haastatteleamalla organisaatioon kuuluvia yksilöitä? Entä miten organisaatioon kuuluvien yksilöiden yhtenevät tai ristiriitaiset kokemukset vaikuttavat organisaation kokemaan asiakasarvoon? Määritelläänkö organisaation kokema asiakasarvo jonkinlaisena funktiona siihen kuuluvien yksilöiden kokemusten pohjalta? Organisaation kokeman asiakasarvon tarkka määrittäminen edellyttäisi kaikkien organisaatioon kuuluvien yksilöiden kokemuksiin perehtymistä ja näiden yhdistämistä taroituksen soveltuvalla menetelmällä.

6.4 Jatkotutkimuskohteet

Tämän tutkimuksen löydökset nostavat esiin useita mielenkiintoisia jatkotutkimuskohteita. Kehitetty viitekehys kaipaa vielä lisävalidointia, joka voitaisiin toteuttaa laajemmassa tutkimuksessa, jossa huomioidaan kaikkien sidosryhmien näkökulmat ja testataan useita erilaisia eHealth-ratkaisuja.

Tässä työssä on luotu yleiskatsaus siihen, mitkä teemat vaikuttavat asiakasarvon muodostumiseen kotihoidon toimintakentässä. Jatkotutkimuksissa voidaan syventyä tarkemmin viitekehysten eri osa-alueisiin. Jatkotutkimuksissa voidaan keskittyä joko jonkin sidosryhmän asiakasarvokokemukseen tai johonkin tiettyyn asiakasarvon elementtiin, jota tarkastellaan useamman sidosryhmän näkökulmasta. Kun tarkasteluun sisällytettävien sidosryhmien lukumäärää kasvatetaan, syntyy tutkimuksen kannalta mielenkiintoisia tilanteita, joissa osa sidosryhmistä kokee jonkin vaikutuksen hyötynä ja osa uhrauksena. Tällaisia ristiriitaisia kokemuksia olisi mielenkiintoista analysoida asiakasarvon muodostumisen näkökulmasta.

Syvennyttäessä viitekehysten suoriin ja epäsuoriin taloudellisiin hyötyihin ja uhrauksiin avautuu mielenkiintoisia ja haastavia tutkimuskohteita laskentatoimen asiantuntijoille. EHealth-ratkaisun taloudellisen kokonaisvaikutuksen määrittäminen on haastava tehtävä, mutta sellainen tieto olisi äärimmäisen arvokasta niin kotihoito-organisaatioiden, eHealth-ratkaisuja valmistavien yritysten kuin koko yhteiskunnankin näkökulmasta.

Taloudellisten vaikutusten lisäksi myös asiakasarvon psykologiset elementit tarjoavat paljon tutkittavaa. Psykologisiin elementteihin porautumalla saataisiin parempi käsitys siitä, mitä tällaiset psykologiset tekijät oikeasti ovat, ja miten niihin voidaan vaikuttaa.

Tutkimuksen havaintojen hyödyntäminen myyntityön kehittämisessä edellyttäisi jatkotutkimusta siitä, miten asiakasarvon eri elementit vaikuttavat osto-organisaation eri tasoihin myyntiprosessin eri vaiheissa. Tällaisen tutkimuksen tulosten avulla voitaisiin optimoida yritysten myyntiprosesseja tunnistamalla, mitä viestejä ja missä vaiheessa millekin asiakasorganisaation tasolle kannattaa välittää.

Asiakasarvokeskustelun kannalta tämä tutkimus osoittaa, että asiakasarvon muodostumismekanismien ymmärtäminen useista sidosryhmistä muodostuvassa toimintaympäristössä kaipaa lisätutkimusta. Tällaisten mekanismien ja asiakasarvon määrittämismenetelmien kehittäminen mahdollistaisi muun muassa koko yhteiskuntaa koskevan asiakasarvon määrittämisen. Yhteiskunnan asiakasarvon hahmottaminen olisi hyödyllistä, koska esimerkiksi poliittiset päätökset pitäisi tehdä ennen kaikkea tästä näkökulmasta.

Tämän työn merkittävin arvo **omasta näkökulmastani** on, että olen tätä työtä tehdessäni oppinut paljon kotihoito-organisaatioista, niiden toiminnasta ja niissä toimivista yksilöistä. Aion hyödyntää tämän tutkimuksen havaintoja huolehtimalla, että myyntityösämme huomioidaan kaikki asiakasarvon muodostumiseen vaikuttavat sidosryhmät. Tämä tarkoittaa myös sitä, että viestintää ja argumentointia räätälöidään vastaanottajan mukaan siten, että viestit puhuttelevat juuri kyseistä sidosryhmää.

LÄHTEET

- Aejmelaeus, R. (2007). Erikoistu vanhustyöhön: osaamista hyvään arkeen, WSOY Oppimateriaalit, Porvoo, 384 s.
- Ailasmaa, R. (2011). Sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö 2008, Terveystieteen ja Hyvinvoinnin laitos (THL), saatavissa (viitattu 12.2.2017) <http://www.julkari.fi/handle/10024/80258>.
- Aluehallintovirasto. (2017). Yksityiset sosiaalipalvelut, saatavissa (viitattu 12.2.2017) <https://www.avi.fi/web/avi/yksityiset-sosiaalipalvelut>.
- Anderson, J.C. & Narus, J.A. (1998). Business marketing: understand what customers value, Harvard business review, Vol. 76(6), ss. 53-65.
- Andersson, S. (2007). Kahdestaan kotona: Tutkimus vanhoista pariskunnista, Stakes, 158 s.
- Andersson, S., Haverinen, R. & Malin, M. (2004). Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta: vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeksisyyden arvioijina, Yhteiskuntapolitiikka, Vol. 69(5), ss. 481-494.
- Busacca, B., Costabile, M. & Ancarani, F. (2008). Customer value metrics, teoksessa: Creating and managing superior customer value, Advances in Business marketing and purchasing, Vol. 14, ss. 149-204.
- Butz, H.E. & Goodstein, L.D. (1996). Measuring customer value: gaining the strategic advantage, Organizational dynamics, Vol. 24(3), ss. 63-77.
- Carr-Hill, R.A. (1992). The measurement of patient satisfaction, Journal of Public Health, Vol. 14(3), ss. 236-249.
- Dávalos, M.E., French, M.T., Burdick, A.E. & Simmons, S.C. (2009). Economic evaluation of telemedicine: review of the literature and research guidelines for benefit-cost analysis, Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association, Vol. 15(10), ss. 933-948.
- Easterby-Smith, M., Golden-Biddle, K. & Locke, K. (2008). Working with pluralism determining quality in qualitative research, Organizational research methods, Vol. 11(3), ss. 419-429.
- Euroopan komissio. (2017). Ehealth Policy, saatavissa (viitattu 12.2.2017) http://ec.europa.eu/health/ehealth/policy/index_en.htm.
- Erkkilä, S., Hyvärinen, M., Kaasinen-Parkatti, L., Kallio, K. & Kemppainen, E. (2012) Lähi- ja perushoitajien työhyvinvointi 2012, Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry, Helsinki, 54 s.
- Evondos Oy. (2017). Hyödyt hoitohenkilökunnalle, saatavissa (viitattu 12.2.2017) <http://evondos.fi/hoitohenkilokunnalle/>.
- Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. & Noro, A. (2006). Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu: RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä, Stakes, 162 s.
- Flint, D.J. & Woodruff, R.B. (2001). The initiations of changes in customers' desired value: results from a theory building story, Industrial marketing management, Vol. 30(4), ss. 321-337.
- Gale, B.T. (1997). Satisfaction is not enough, Marketing news 31.22(18)
- Gil-Saura, I., Frasquet-Deltoro, M. & Cervera-Taulet, A. (2009). The value of b2b relationships, Industrial management & data systems, Vol. 109(5), ss. 593-609.
- Gilly, M.C. (1992). Katselmus teoksesta: Sheth, J.N., Newman, B.I. & Gross, B.L. (1991). Consumption value and market choices: theory and applications, Journal of marketing research, November, ss. 487-489.
- Grand view research. (2016). EHealth Market analysis by product, saatavissa (viitattu 12.2.2017) <http://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/e-health-market>.
- Groth, J.C. (1994). The exclusive value principle: a concept for marketing, Journal of product and brand management, Vol. 3(3), ss. 8-18.

- Grönroos, C. (1997). Value-driven relational marketing: from products to resources and competencies, *Journal of marketing management*, Vol. 13, ss. 407-419.
- Gummesson, E. (2005). Qualitative research in marketing. Road-map for a wilderness of complexity and unpredictability, *European journal of marketing*, Vol. 39(3), ss. 309-327.
- Hammar, T. (2008). Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa - Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus, väitöskirja, Tampereen yliopisto, 103 s.
- Hammar, T., Rissanen, P. & Perälä M-L. (2008). Home care clients' need for help, and use and costs of services, *European Journal of Ageing*, Vol. 5, ss. 147-160.
- Hartikainen, S., Lönnroos, E. & Rusanen, S. (2008). Geriatria: arvioinnista kuntoutukseen, Edita, Helsinki, 352 s.
- Heale, R. & Forbes, D. (2013). Understanding triangulation in research, *Evidence based nursing*, Vol. 16(4).
- Heinola, R. (2007). Asiakaslähtöinen kotihoito: opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki, 112 s.
- Henriksson, L. & Wrede, S. (2004). Hyvinvointityön ammatit, Yliopistopaino, Helsinki, 243 s.
- Higgins, K.T. (1998). The value of customer value analysis, *Marketing research*, winter 1998, ss. 39-44.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2000). Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö, Yliopistopaino, Helsinki, 213 s.
- Horovitz, J. (2000). The seven secrets of service strategy, *Financial times/Prentice Hall*, Harlow.
- Huber, F., Herrmann, A. & Morgan, R.E. (2001). Gaining competitive advantage through customer value oriented management, *Journal of consumer marketing*, Vol. 18(1), ss. 41-53.
- Häkkinen Skans, I. (2011). Valmisteluraportit. Kotitalouspalveluiden verovähennykset Suomessa ja Ruotsissa, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki, 40 s.
- Jha, A.K., Aubert, R.E., Yao, J., Teagarden J.R. & Epstein, R.S. (2012). Greater adherence to diabetes drugs is linked to less hospital use and could save nearly \$5 billion annually, *Health affairs*, Vol. 31(8), ss. 1836-1846.
- Jönsson, S., & Lukka, K. (2007). There and back again: doing interventionist research in management accounting, teoksessa: *Handbook of management accounting research*, Elsevier, Vol. 1, ss. 373-397.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). Tutkimus hoitotieteessä, 3. painos, Sanoma Pro, 257 s.
- Kauppinen, S., Forss, A., Noro, A. & Voutilainen, P. (2007). Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2005, *Stakes*, 116 s.
- Kauppinen, S., Forss, A., Säkkinen, S., Noro, A. & Voutilainen, P. (2003). Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002, *Stakes*, 137 s.
- KEVA. (2016). Kuntien ja valtion työntekijöiden eläköitymisennuste 2016 – 2035, Helsinki, 24 s.
- Khalifa, A.S. (2004). Customer value: a review of recent literature and an integrative configuration, *Management decision*, Vol. 42(5), ss. 645-666.
- Kotler, P. & Keller, K.L. (2006). *Marketing management*, Prentice Hall, 12. painos, 729 s.
- Kröger, T. (2003). Universalism in social care for older people in Finland: Weak and still getting weaker, *Nordisk sosialt arbeid*, Vol. 23(6), ss. 30-34.
- Kröger, T. (2011). Retuning the Nordic welfare municipality: Central regulation of social care under change in Finland, *International Journal of Sociology and Social Policy*, Vol. 31(3), ss. 148-159.

- Kröger, T. & Leinonen, A. (2012). Transformation by stealth: the retargeting of home care services in Finland, *Health & Social Care in the Community*, Vol. 20(3), ss. 319-327.
- Kröger, T & Vuorensyrjä, M. (2008). Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa vertailussa. *Vanhuspalvelujen koti- ja laitoshoitotyön piirteitä ja ongelmia*, *Yhteiskuntapolitiikka* 73(3), ss. 250-266.
- KT Kuntatyönantajat (2013) Kuntasektorin työvoimatilanne 2012, saatavissa (viitattu 12.2.2017) <http://www.kuntatyönantajat.fi/fi/ajankohtaista/tilastot/tiedustelut-ja-selvitykset/Tyovoimatiedustelut/kuntasektorin-tyovoimatilanne-2012/Sivut/default.aspx>.
- Laine, M., Kokkinen, L., Kaarlela-Tuomaala, A., Valtanen, E., Elovainio, M., Keinänen, M. & Suomi, R. (2011). Sosiaali- ja terveysalan työolot 2010, *Työterveyslaitos*, Helsinki, 138 s.
- Lapierre, J. (2000a). Customer-perceived value in industrial contexts, *Journal of Business & Industrial marketing*, Vol. 15(2), ss. 122-140.
- Laitamäki, J. & Kordupleski, R. (1997). Building and deploying profitable growth strategies based on the waterfall of customer value added, *European management journal*, Vol. 15(2), ss. 158- 166.
- Lapierre, J. (2000b). Development of measures to assess customer perceived value in a business to business context, *Advances in business marketing and purchases*, Vol. 9, ss. 243-286.
- Leinonen, A. (2009). Hoivatyöntekijöiden muutostoiveiden topografia, *Kannanottoja vanhuksen kohteluun, henkilöstöresursseihin ja ikääntymispolitiikkaan*, *Yhteiskuntapolitiikka*, Vol. 74(2), ss. 132-148.
- Lindgreen, A., Antiocho, M., Palmer, R. & Heesch T. (2009). *Journal of business & industrial marketing*, Vol. 24(3), ss. 182-197.
- Lumio, J. (2015). Laitoksesta kotiin – syntyikö säästöjä? Ikääntyneiden palveluiden muutosten kustannusvaikutukset Tampereella, *Sitran selvityksiä* 94, 58 s.
- Matthyssens, P. & Vandenbempt, K. (2003). Cognition-in-context: reorienting research in business market strategy, *The journal of business & industrial marketing*, Vol. 18(6), ss. 595-606.
- OECD. (2014). Social Expenditure Update - Social spending is falling in some countries, but in many others it remains at historically high levels, saatavissa (viitattu 12.2.2017) http://www.oecd.org/els/soc/OECD2014-SocialExpenditure_Update19Nov_Rev.pdf.
- Paljärvi, S. (2012). Muuttuva kotihoito.15 vuoden seurantalutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta, *Väitöskirja*, Itä-Suomen yliopisto, 174 s.
- Parasuraman, A. (1997). Reflections on gaining competitive advantage through customer value, *Journal of the academy of marketing science*, Vol. 25(2), ss. 154-161.
- Polkinghorne, D.E. (2005). Language and meaning: data collection in qualitative research, *Journal of counseling psychology*, Vol 52(2), ss. 137-145.
- Porter, M. (1996). What is strategy?, *Harvard business review*, November-December 1996, ss. 61-78.
- Porter, M. (2010). Value in Health care, täydentävä liite artikkeliin Porter, M. (2010). What is value in health care?, *The New England Journal of Medicine*, Vol. 363, ss. 2477-2481
- Perälä, M-L., Grönroos, E. & Sarvi, A. (2006). Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi, *Stakes*, raportteja 8/2006, Helsinki, 41 s.
- Rackham, N. (1998). From Experience: Why Bad Things Happen to Good New Products, *The Journal of Product Innovation Management*, Vol. 15(3), ss. 201-207.
- Reichheld, F.F. & Sasser E.W. (1990). Zero defections: Quality comes to services, *Harvard business review*, Vol 68(5), ss. 105-111.
- Roebuck, C.M., Liberman, J.N., Gemmill-Toyama, M. & Brennan, T.A. (2011). Medication adherence leads to lower health care use and costs despite increased drug spending, *Health affairs*, Vol. 30(1), ss. 91-99.

- Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2009). Research methods for business students, Pearson education, 614 s.
- Sinha, I. & DeSarbo, W.S. (1998). An integrated approach toward the spatial modeling of perceived customer value, *Journal of marketing research*, Vol. 35(2), ss. 236-249.
- Smith, J.B. & Colgate, M. (2007). Customer value creation: a practical framework, *Journal of marketing theory and practice*, Vol. 15(1), ss. 7-23.
- Sokol, M.C., McGuigan, K.A., Verbrugge, R.R. & Epstein, R.S. (2005). Medical care, Vol. 43(6), ss. 521-530.
- STM. (2013). STM valmistelee vanhusten laitoshuollon vähentämistä, saatavissa (viitattu 12.2.2017) http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/shm-forbereder-att-minska-pa-institutionsvarden-for-aldre.
- STM. (2016a). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus 2015 – 2019, saatavissa (viitattu 12.2.2017) http://stm.fi/documents/1271139/1332838/Sote-uudistuksen+tietolehtinen+9_2015/a6f19294-ea52-4c47-b13f-ba15c571e843.
- STM. (2016b). Alueuudistus – Uudistuksen aikataulu, saatavissa (viitattu 12.2.2017) <http://alueuudistus.fi/aikataulu>.
- STM. (2016c). Sote-uudistuksen ja aluehallintouudistuksen tilannekatsaus, saatavissa (viitattu 12.2.2017) <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/1892966/Sote-uudistus+tilannekatsaus+18.4.2016.pdf/9188e75c-9494-4d26-88e2-4ff70b808120>.
- STM ja Suomen kuntaliitto. (2008). Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3, Helsinki, 55 s.
- STM ja Suomen kuntaliitto. (2013). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11, Helsinki, 78 s.
- Suomala, P. & Lyly-Yrjänäinen, J. (2012). Interventionist management accounting research: lessons learned, *Chartered institute of management accountants*, Vol. 6(1), 9 s.
- Suomala, P., Manninen, O. & Lyly-Yrjänäinen, J. (2011). Laskentatoimi johtamisen tukena, Edita, Helsinki, 336 s.
- Suomen säädöskokoelma. (2017). Lainsäädäntö, saatavissa (viitattu 12.2.2017) <http://www.finlex.fi/fi/laki/>
- 66/1972 – Kansanterveyslaki
- 937/2005 – Laki omaishoidon tuesta
- 734/1992 – Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettu laki
- 607/1983 – Sosiaalihuoltoasetus
- 710/1982 – Sosiaalihuoltolaki
- 1326/2010 – Terveystuettolaki
- 733/1992 – Valtionosuudesta annettu laki
- 980/2012 – Vanhuspalvelulaki
- Suominen, T. & Henriksson, L. (2008). Työnjako vanhusten kotihoidossa, *Yhteiskuntapolitiikka* 73(6), ss. 625-639.
- Tedre, S. (2007). Vanhuuden vahvat ja avuttomat, teoksessa: Seppänen, M., Karisto, A., Kröger, T. & Hakonen, S. (2007). Vanhuus ja sosiaalityö: sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä, PS-kustannus, Jyväskylä, ss. 195-217.
- Tepponen, M. (2009). Kotihoidon integrointi ja laatu, väitöskirja, Kuopion yliopisto, 224 s.

THL. (2015). Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2014, saatavissa (viitattu 12.2.2017) <http://www.julkari.fi/handle/10024/126302>.

THL. (2016a). Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2015, tilastokatsaus 8/2016, saatavissa (viitattu 12.2.2017) <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>.

THL. (2016b). Terveysthuollon menot ja rahoitus, tilastoraportti 13/2016, saatavissa (viitattu 12.2.2017) <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-talous/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>.

THL. (2016c). Sosiaalimenot ja rahoitus 2014, tilastoraportti 2/2016, saatavissa (viitattu 12.2.2016) <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-talous/sosiaalihuollon-menot-ja-rahoitus>.

Thomé, B., Dykes, A-K. & Rahm Hallberg, I. (2003). Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review, *Journal of Clinical Nursing*, Vol 12(6), ss. 860-872.

Tilastokeskus, Kansantalouden tilinpito. (2016). Kansantalous, Bruttokansantuote markkinahintaan, saatavissa (viitattu 12.2.2017) http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_kansantalous.html.

Tilastokeskus, väestö- ja kuolemansyytilastot. (2007). Väestöennuste 2007 – 2040, saatavissa (viitattu 12.2.2017) http://www.stat.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_2007-05-31_tie_001.html.

Tilastokeskus, väestö- ja oikeustilastot. (2015). Nuorten osuus väestöstä uhkaa yhä pienentyä, saatavissa (viitattu 12.2.2017) http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html.

Uлага, W. (2003). Capturing value creation in business relationships: A customer perspective, *Industrial marketing management*, Vol. 32, ss. 677-693.

Uлага, W. & Chacour, S. (2001). Measuring customer-perceived value in business markets, *Industrial marketing management*, Vol. 30, ss. 525-540.

Uлага, W. & Eggert, A. (2006). Value-based differentiation in business relationships: gaining and sustaining key supplier status, *Journal of Marketing*, Vol. 70, ss. 119-136.

Vaarama, M., Pieper, M. & Sixsmith A. (2008). The concept of care-related quality of life, teoksessa: *Care-related quality of life in old age*, Springer, New York, ss. 65-101.

Vaarama, M. & Ylönen, L. (2006). Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa. Asiakkaiden näkökulma, *Espoon kaupunki, Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja* 3/2006, 72 s.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. (2010). Vanhuspalvelut. Säännöllinen kotihoito, Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 214/2010, Helsinki, 137 s.

Valtioneuvosto. (2017a). Digitalisaatio, kokeilut ja normien purkaminen, saatavissa (viitattu 12.2.2017) <http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelman-toteutus/digitalisaatio>.

Valtioneuvosto. (2017b). Työllisyys ja kilpailukyky, saatavissa (viitattu 12.2.2017) <http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelman-toteutus/tyollisyys/karkihanke1>.

Valtioneuvoston kanslia. (2016). Toimintasuunnitelma strategisen hallitusohjelman kärkihankkeiden ja reformien toimeenpanemiseksi 2015–2019. Päivitys 2016, Hallituksen julkaisusarja 2/2016, 90 s. Saatavissa (viitattu 12.2.2017) <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/321857/Toimintasuunnitelma+strategisen+hallitusohjelman+k%C3%A4rkihankkeiden+ja+reformien+toimeenpanemiseksi+2015%E2%80%932019+2C+p%C3%A4ivitys+2016/305dcb6c-c9f8-4aca-bbbb-1018cd7a1fd8>.

Valtioneuvoston viestintäosasto. (2015). Hallitus päätti sote-uudistuksen jatkosta ja itsehallintoalueista, tiedote 591/2015, saatavissa (viitattu 12.2.2017) http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/hallitus-paatti-sote-uudistuksen-jatkosta-ja-itsehallintoalueista?_101_INSTANCE_3wyslLo1Z0ni_groupId=10616.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. (2011). Valtiontalouden tarkastusviraston vuosikertomus eduskunnalle toiminnastaan 2011 valtiopäiville, valtiontalouden tarkastusviraston eduskunnalle annettavat kertomukset, 17/2011, 185 s.

Van Der Haar, J.W., Kemp, R.G.M. & Omta, O. (2001). Creating value that cannot be copied, *Industrial marketing management*, Vol. 30, ss. 627-636.

Voutilainen, P. (2007). Laatu laatusuosituksella? : Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi, *Raportteja / Stakes* 2/2007, 72 s.

Vuori-Kemilä, A. (2005). Ihmisen hyvä: etiikka lähihoitotyössä, WSOY 2005, Helsinki, 207 s.

Väyrynen, R. (2011). Yksityiset sosiaalipalvelut 2010, THL, tilastoraportti 25/2011, 12 s.

Webster, F.E. (1994). *Market-driven management: using the new marketing concept to create a customer-oriented company*, John Wiley & Sons, 319 s.

Wilson, D.T., & Jantrania, S. (1994). Understanding the value of a relationship, *Asia-Australia marketing journal*, Vol. 2(1), ss. 55-66.

Woodruff, R.B. (1997). Customer value: The next source for competitive advantage, *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 25(2), ss. 139-153.

Woodruff, R.B. & Gardial, S. (1996). *Know your customer: New approaches to understanding customer value and satisfaction*, John Wiley & Sons, 360 s.

LIITTEET

Liite A: Hoitohenkilöstön haastattelurunko

Hoitohenkilöstön teemahaastattelurunko

Taustatietokysymykset

1. Kerro vapaasti taustastasi ja hoitoalan työkokemuksestasi.
2. Mikä on roolisi kotihoitotiimissä, ja millainen on tehtäväkuvasi?

Evondos-palvelun käyttöön liittyvät taustatietokysymykset

3. Kauanko Evondos-palvelu on ollut teillä käytössä?
4. Millainen sinun roolisi on ollut Evondos-palvelun käytössä?
5. Millaisia tavoitteita olette asettaneet Evondos-palvelulle?
6. Avaa perusteita, joilla valitsitte Evondos-palvelun loppukäyttäjät?
7. Kuvaile tiiminne hoidettavana olevien Evondos-palvelun loppukäyttäjien hoidon tarvetta.

Evondos-palvelun vaikutukset

Jokainen loppukäyttäjä käydään erikseen läpi vaikutusten selvittämiseksi juuri heidän kohdallaan

8. Kuvaile vapaasti, millaisia vaikutuksia Evondos-palvelulla on ollut hoitotyöhön kyseisen loppukäyttäjän kohdalla.

Vaikutusten kokeminen

9. Kuvaile vapaasti, mitä hyötyä ja haittaa olet kokenut Evondos-palvelulla olleen omaan työskentelyysi.

Liite B: Kuvaus vakiintuneiden loppukäyttäjien toimintakyvystä ja hoidon tarpeesta ennen Evondos-palvelun käyttöönottoa

Loppukäyttäjä 1:

Asiakkaalla on pitkälle edennyt parkinsonin tauti. Hänellä on kuusi lääkkeenottoajankoh-
taa päivässä ja lääkkeiden ottaminen täsmällisesti on toimintakyvyn kannalta kriittistä.
Hoitajat käyvät hänen luonaan neljästi päivässä. Lääkkeenotosta muistuttaminen on tär-
keä osa käyntiä, mutta käyntien aikana tehdään muitakin hoitotehtäviä. Asiakas osallistuu
kerran viikossa ikäihmisille tarkoitettuun iltapäivätoimintaan.

Loppukäyttäjä 2:

Asiakkaalla on muistisairaus. Hoitajat käyvät asiakkaan luona aamuin ja illoin. Aamu-
käynnillä varmistetaan, että hän ottaa lääkkeet ja iltakäynnillä hoitajat muun muassa an-
tavat hänelle insuliinipistoksen.

Loppukäyttäjä 3:

Asiakkaalla on vaikeuksia liikkumisen kanssa. Kotihoito varmistaa asiakkaan turvallisen
asumisen ja lääkkeiden saannin. Asiakkaan luona käydään kolmesti päivässä. Aamu- ja
iltakäynneillä hänelle laitetaan silmätipat. Päiväkäynnin tarkoitus on varmistaa, että lää-
kkeet saadaan otettua.

Loppukäyttäjä 4:

Asiakas asuu pitkän ajomatkan päässä hoitotiimin toimipisteestä. Hänen luonaan käydään
2-3 kertaa viikossa ennen kaikkea lääkehoidon vuoksi. Asiakkaalla on taipumusta syödä
mieluisat lääkkeet tulevilta päiviltä etukäteen. Hänellä on siis havaittu lääkkeiden väärin-
käyttöä.

Loppukäyttäjä 5:

Miespuolinen asiakas asuu kotona yhdessä puolisonsa kanssa. Hänelle käydään anta-
massa insuliinipistos aamuisin, ja iltapäivällä hoitajat käyvät varmistamassa, että asiakas
saa lääkkeet otettua.

Loppukäyttäjä 6:

Asiakkaalla on muistisairaus.

Loppukäyttäjä 7:

Asiakkaalla on muistisairaus.